

Stressforskningsrapport nr 313

# Mönster för framgångsrikt ledarskap i vården

Peggy Bernin & Töres Theorell



Stressforskningsinstitutet



Stockholms  
universitet



IPM · Institutet för Psykosocial Medicin

---

# **MÖNSTER FÖR FRAMGÅNGSRIKT LEDARSKAP I VÅRDEN**

**Peggy Bernin**  
**Ph.D., MD., BA.**

**Töres Theorell**  
**Ph.D., MD.**

**Projektet finansierat av VINNOVA**

**Hösten 2003**

**MÖNSTER FÖR FRAMGÅNGSRIKT  
LEDARSKAP I VÅRDEN**

Peggy Bernin ∞Töres Theorell

Ansvarig utgivare: Töres Theorell

## INSTITUTET FÖR PSYKOSOCIAL MEDICIN – IPM

som inrättades 1981, utvecklar, värderar och förmedlar kunskap om psykosociala aspekter på olika hälso och sjukdomsprocesser. Föreståndare: *professor Töres Theorell*

### FORSKNINGSOMRÅDEN

Social miljö och hälsa	Chef: <i>professor Töres Theorell</i>
Arbetsmiljö och hälsa	Chef: <i>professor Torbjörn Åkerstedt</i>
Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa	Chef: <i>professor Danuta Wasserman</i>
Barn och trauma	Chef: <i>docent Frank Lindblad</i>
Stressmottagningen	Chef: <i>docent Aleksander Perski</i>
Migration och hälsa	Chef: <i>docent Solvig Ekblad</i>

**Stressforskningsrapporterna ges ut i ett samarbete mellan IPM och Avdelningen för stressforskning vid Karolinska Institutet (KI).  
som också är WHO's psykosociala samarbetscentrum och  
Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)  
vid IPM/Stockholms läns landsting som också är WHO's samarbetscentrum**

Copyright © 2004 Förlaget och författarna  
ISSN 0280-2783

Elanders Gotab, 2004

## TILLKÄNNAGIVANDE

Ett varmt tack till VINNOVA som har finansierat och möjliggjort detta forskningsprojekt. Stort tack även till Carl Hamilton, Carl Hamilton Connection AB som varit mycket delaktig och engagerad i planeringen och upplägget av projektet.

*Peggy Bernin*, med.dr., specialist i allmän medicin och företagshälsovård samt beteendevetare. Verksam som forskare vid IPM Institutet för psykosocial medicin i Stockholm och i Bernin konsult AB.

peggy.bernin@ipm.ki.se, peggy@bernin.se

*Töres Theorell*, med.dr., specialist i internmedicin, professor och föreståndare för IPM – Institutet för psykosocial medicin i Stockholm.

tores.theorell@ipm.ki.se



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>10</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>11</b>
Syften, hypoteser och frågeställningar .....	14
<b>METOD</b>	<b>17</b>
Instrument.....	17
Urval, enheter och ledningsgrupper .....	17
Full bemanning och sjukfrånvaro.....	17
Beskrivning av vårdenheter i studien .....	18
Svarsfrekvens.....	20
Statistiska metoder.....	20
Åldersfördelning och kön.....	21
Presentationsurval.....	22
<b>RESULTAT</b>	<b>23</b>
Medarbetarnas hälsa och uppfattningar om arbetsorganisation .....	23
Hälsa och arbetsorganisation på 7 vårdenheter .....	23
Hälsa och arbetsorganisation vårdenheter SJH1 och SJH2.....	25
Hälsa och arbetsorganisation vårdenheter VC4 och VC5 .....	25
Hälsa och arbetsorganisation vårdenheter VC6 och VC7 .....	25
Hälsa och arbetsorganisation vårdenheter SJH3 och kontrollenhet (del av SJH2) .....	25
Hälsa och sjukfrånvaro .....	26
Sömn.....	27
Sammanfattning hälsa och arbetsorganisation .....	28
Job Invasion.....	28
Invaderad av jobb vårdenheter SJH1 och SJH2 .....	28
Invaderad av jobb vårdenheter VC4 och VC5 .....	28
Invaderad av jobb vårdenheter VC6 och VC7 .....	28
Invaderad av jobb vårdenheter SJH3 och kontrollenhet (del av SJH2) .....	28
Invaderad av jobb på 7 vårdenheter .....	28
Sammanfattning resultat ”Job Invasion” .....	29
Krav-kontroll .....	30
Krav –kontroll för samtliga deltagare på 7 vårdenheter.....	30
Krav – kontroll för chefer och medarbetare på 7 vårdenheter .....	32
Krav – kontroll vårdenheter SJH1 och SJH2 .....	32
Krav – kontroll vårdenheter VC4 och VC5.....	32
Krav – kontroll vårdenheter VC6 och VC7.....	32
Krav – kontroll vårdenheter SJH3 och kontrollenhet.....	33

Sammanfattning resultat krav-kontroll.....	33
Möteskvalitet.....	34
Demokrati.....	35
Sammanfattning resultat möteskvalitet och demokrati .....	36
Ledarskapsstil - medarbetarbedömningar av verksamhetschefer och enhetschefer.....	37
Medarbetarbedömningar på 7 vårdenheter .....	37
Jämförelse vårdenhet 1 och 2. Verksamhetschefer och enhetschefer.....	39
Jämförelse vårdenhet 3 och 4. Verksamhetschefer och enhetschefer.....	41
Jämförelse vårdenhet 5 och 6. Verksamhetschefer och enhetschefer.....	41
Sammanfattning medarbetarbedömningar av verksamhetschefer och enhetschefer.....	42
<b>Intervjuer med kommentarer .....</b>	<b>43</b>
Visioner och mål .....	43
Verksamhet – Organisation – Utveckling .....	43
Bemanning .....	44
Prioriteringar .....	45
Ledarskap .....	45
Framgångsrika ledare .....	46
Ledarskap och arbetsmiljö .....	47
Ledarskapsstil.....	48
Stress på olika enheter.....	48
Stress och copingstrategier hos verksamhetscheferna .....	49
Kvalitetskontroll.....	50
Kontakter med ledning och externa organ .....	50
Samarbete och samverkan.....	51
Samarbete slutenvård/primärvård .....	51
Samarbete inom vårdenheterna .....	51
Samarbete för direktörerna.....	51
Möteteknik.....	51
Primärvård / slutenvård .....	52
Genus.....	52
<b>Myers Briggs Type Indicator .....</b>	<b>53</b>
Inledning.....	53
<b>DISKUSSION 56</b>	
<b>Hälsa .....</b>	<b>56</b>
<b>Sjukfrånvaro.....</b>	<b>56</b>
<b>Demokrati i vården .....</b>	<b>57</b>
<b>Krav-kontroll och Job Invasion .....</b>	<b>57</b>
<b>Genus .....</b>	<b>58</b>
<b>Ledarskap och organisation .....</b>	<b>60</b>
Ledarskapet .....	60
Ledarskapsstil.....	61
Professionernas logik .....	62



Administration eller ledning.....	62
Rollen kräver bred kompetens.....	63
Framgångsrikt ledarskap .....	64
<b>MBTI</b>	<b>64</b>
<b>Ekonomi</b> .....	<b>65</b>
Logistiken slutenvård/primärvård .....	65
<b>SLUTORD</b>	<b>66</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>68</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>71</b>
Bilaga 1 .....	71
Bilaga 2 .....	73
Bilaga 3 .....	75
Bilaga 4 .....	76
Bilaga 5 .....	84
Bilaga 6 .....	85



## SAMMANFATTNING

Denna studies huvudsakliga syfte är att undersöka sambanden mellan framgångsrikt ledarskap i vården och medarbetarnas välbefinnande, utifrån ett arbetsmiljö- och hälsoperspektiv. Två hypoteser ställdes; att ledarskapet är mer framgångsrikt på fullbemannade vårdenheter mot icke fullbemannade vårdenheter, att bra ledarskap medför bättre arbetsmiljö och hälsa hos medarbetarna.

Studien är en tvärsnittstudie som omfattar såväl frågeformulär som intervjuer. Sju vårdenheter från tre olika landsting deltar. I fokus är verksamhetschefer och enhetschefer. Fyra vårdenheter är primärvårdsenheter och tre är slutenvårdsenheter. Svarsfrekvensen är låg totalt sett – 57% - men dras ned av låg deltagande på en vårdenhet som har 42 % deltagare. Övriga vårdenheter har mellan 63 och 83 % svarsfrekvens. Antal respondenter är 362 av 630. Förintervjuer och diskussioner har förts med såväl landstingsledning som externa experter. Semistrukturerade intervjuer har gjorts med fyra direktörer från de tre landstingen och sju verksamhetschefer. Strukturerade intervjuer har även gjorts med de 7 verksamhetscheferna. Verksamhetschefer och enhetschefer har dessutom besvarat Myers` Briggs Type Indicator – som är ett frågeinstrument om personliga preferenser.

Resultaten bekräftar att ledarskapet sett utifrån individperspektiv är mer framgångsrikt på fullbemannade vårdenheter. Däremot visar resultaten inte att detta har direkt samband med ledarskapsprocessen där faktorer som hälsa, arbetsmiljö och organisation är komponenter. Socialt stöd från högsta ledningen är ett måste för att helt igenom lyckas i ledarskapet på en vårdenhet. Därutöver föredras ett relationsinriktat ledarskap med mycket hög social kompetens hos ledaren alternativt ledarna för att man skall lyckas nå engagemang och delaktighet.

Kraven är mycket höga på medarbetarna inom vården som generellt sett har mindre kontroll än ledarna. Däremot är påverkansmöjligheten mycket hög inom primärvården. Målstyrning och samarbete mellan olika nivåer inom såväl som utom organisationerna brister. Genusperspektivets roll är oklar i ledarskapsprocessen inom vårdsektorn. En interventionsstudie som engagerar samtliga nivåer inom en eller flera vårdenheter och bedömer hälsoutfallet hos medarbetarna bör ytterligare analyseras i ett genusperspektiv.

## BAKGRUND

Ledarens egenskaper har stor men inte avgörande betydelse för hur arbetet inom en enhet lyckas. Alla arbetsplatser är beroende av sina medarbetare. Det måste finnas ett ömsesidigt samspel mellan medarbetare och ledare för att samtliga skall anstränga sig och göra sitt bästa och för att uppnå en god effektivitet i organisationen (DS2001:28).

”Det räcker idag inte att vara en god specialist för att kunna leda människor i förändring.” (DS 2001.28)

År 1997 ändrades hälso- och sjukvårdslagen så att även personer från andra professioner än läkaryrket kan vara verksamhetschefer. Manliga läkare dominerar som verksamhetschefer på sjukhuskliniker medan sjuksköterskebakgrund är vanlig bland verksamhetscheferna inom primärvården (Westin 2002). Könsfördelningen är ojämn med få kvinnor som ledare inom slutenvården.

Vad som är manligt respektive kvinnligt ledarskap, menar Westin (2002) med lång erfarenhet från ledarbefattningar inom vården, är oklart. Frågan om könsskillnader diskuteras utifrån manliga värderingar. Att kvinnliga ledare agerar på en manlig arena kan vara en av orsakerna till att kvinnliga chefer har svårare att koppla av efter arbetet än sina manliga kolleger (Bernin 2002, SACO 2001).

Medarbetare som har tillit och möjligheter tillväxer i kompetens. Dessa är faktorer som kännetecknar en bra arbetsplats. Att ge stöd till medarbetare är en av de viktigaste uppgifterna för kopplingen mellan bra socialt stöd och för god hälsa (DS2001:28). I utredningen DS2001:28 påtalas att antaganden om samband mellan ledarskap och hälsa mycket sällan är forskningsbaserade. Sainfort et al. (2001) påtalar nödvändigheten av att fokusera på arbetsorganisation, kultur och teknologi som påverkar vårdkvaliteten. Samma forskare påtalar sambanden mellan arbetsorganisation och medarbetarnas hälsoutfall, vilket i sig påverkar ekonomi och effektivitet. I en norsk studie (Guldvog 1997) fanns starka samband mellan arbetstillfredsställelse - mätt genom organisation, information, ledarnas kunskapsnivå, ekonomiska neddragningar, samarbete, socialt stöd, stress och autonomi – och patienternas upplevelse av vårdkvalitet. Upplevelsen av delaktighet och möjlighet till i det egna arbetet är

numera litet inom läkarkåren (ALG 2001). I ledarens roll ingår att skapa förutsättningar för medarbetarnas delaktighet (Westin 2002). Frågor om delaktighet och arbetsfördelning är en del av rådande företagskultur (Abrahamsson och Andersen 1996). Att kunna påverka och ha ett stimulerande arbete medierar höga krav i arbetslivet (Karasek 1979, Karasek och Theorell 1990). Chefer i allmänhet har stor påverkansmöjlighet och stimulerande arbete även om kraven är höga (Karasek och Theorell 1990, Bernin och Theorell 2001, Bernin 2002). Kravkontroll-modellen (Karasek 1979) har visat sig användbar inom vårdsektorn (Pettersson 1997 Laschinger et al. 2001).

Flera yrkesgrupper inom vårdsektorn visar hög sjukfrånvaro. Upplevelse av stress och psykiska påfrestningar är stora framförallt i läkarkåren (SCB 2001, ALG 2001, Arbetsmiljöverket 12.2001). För läkarkåren är sådana faktorer orsak till hela 40% av sjukskrivningarna. Hälften av alla läkare uppger att de ofta känner sig psykiskt uttröttade efter arbetet (ALG 2001). Alla yrkesgrupper i vården visar hög sjuknärvaro (Aronsson et al. 1999). Sjukfrånvaron bland läkare ökade med 33% mellan 1998 och 1999 (Landstingsrevisorerna 2000). Kvinnliga läkare har ca tre gånger så stor sjukfrånvaro som manliga läkare (ALG 2001).

I Sacorapporten (2001) framkommer att chefer har dåligt socialt stöd på arbetet. Framförallt den offentliga arbetsledaren har allt mindre stöd från andra specialistfunktioner. Därav blir han/hon allt mera arbetstyngd (Wetterberg 2001). Chefer i privata näringslivet visade sig ha större nätverk både på och utanför arbetet än övriga medarbetares (Bernin 2002). Ett stort nätverk med möjlighet till omfattande socialt stöd bedöms vara en skyddsfaktor mot ohälsa. Organisationskulturen upprätthåller och påverkar copingmekanismerna det vill säga sätten att hantera stress och påfrestningar på (Aldwin 1994). I stället för att aktivt lösa konflikter på arbetsplatsen tar kvinnor med sig problemen hem och riskerar psykosocial ohälsa (Theorell och Härenstam 2000). Även kvinnliga chefer visade samma beteende (Bernin et.al. in press).

Vid rekryteringen av chefer talas ofta om att "vi behöver rätt person". Ofta sker det urvalet utifrån personlighetstest. Personlighetstestet får inte vara utslagsgivande men kan vara ett redskap för ökad självkänedom (Tollgerdt-Andersson 1995, Westin 2002). Personlighetstest används ofta i utvecklingsprogram för chefer/ledare och Myers-Briggs Type Inventory har använts i detta syfte inom vårdsektorn (Tavantzis et al. 1994, Costell 1993) så även i Sverige. Instrumentet är inte ett rent personlighetstest utan mäter individens preferenser. Teorierna

som försöker förklara vem som blir en bra ledare har svagt empiriskt stöd (Tollgerdt-Andersson 1990) vilket leder till slutsatsen att de kan vara olämpliga som rekryteringsinstrument.

I en rapport från Landstingsförbundet (1999) framkommer att personalen inom hälso- och sjukvårdssektorn reducerats kraftigt under 1990-talet. Minskningen har framförallt berört yngre och individer med kortare utbildningar. Däremot har andelen läkare ökat och anställda över 49 år. Trots detta är bemanningen av läkare mycket låg, främst utanför storstäderna och inom primärvården. Arbetskraften inom vården har allt högre medelålder och det understryker vikten av anpassning av arbetet (Mangino 2000). Bemanningsfrågan är en organisationsfråga och neddragning av personal påverkade sjuksköterskors, undersköterskors och läkarsekreterares psykologiska stress negativt (Hertting och Theorell 2002). Flera rapporter om försämrad arbetsmiljö inom vårdsektorn föreligger för olika personalkategorier (Arnetz 2001, Landstingsförbundet 1999, 2000). De ökade marknadsinriktade förändringarna inom vårdsektorn ger effekter på vårdkvaliteten och påverkar sjuksköterskors syn på sitt arbete (Bowen et al. 2000).

Många enheter i sjukvården har stora rekryteringsproblem idag. I Regeringspropositionen 1999/2000:149 sägs att läkartätheten i primärvården skall förstärkas. I propositionen sägs även att kompetens- och utbildningsmöjligheterna skall förbättras. Det behövs kompetenta ledare i vården för att kunna tillgodose dessa arbetsmiljöbehov. I handlingsplanen ”Ledarskap i läkares utbildning” av Sveriges Läkarförbund betonas tre huvudsakliga utvecklingsområden: personalrelaterad kompetens, administrativ/ekonomisk kompetens och visionär/kreativ kompetens. Fortbildning av personal bör omfatta kommunikation, organisations- och ledarskapsfrågor (Bowen et al. 2000). Sacorrapporterna (2001) – Möjligt att leda? och Lösnande att leda? bygger på samtal med drygt tjugu chefer. Man menar att ledarskapet i offentlig sektor inte utvecklat det strategiska synsätt som präglar en modern privat organisation. Löne- och belöningsystemen inom offentlig sektor bedöms vara eftersatta och liten möjlighet finns för att belöna medarbetare.

”Hos oss rekryterar man ofta sakkunniga, men ger inte tid för ledarskap. Chefer får ansvar och befogenheter, men får inte tid för ledarskap.” (Sacorrapporten 2001/2).

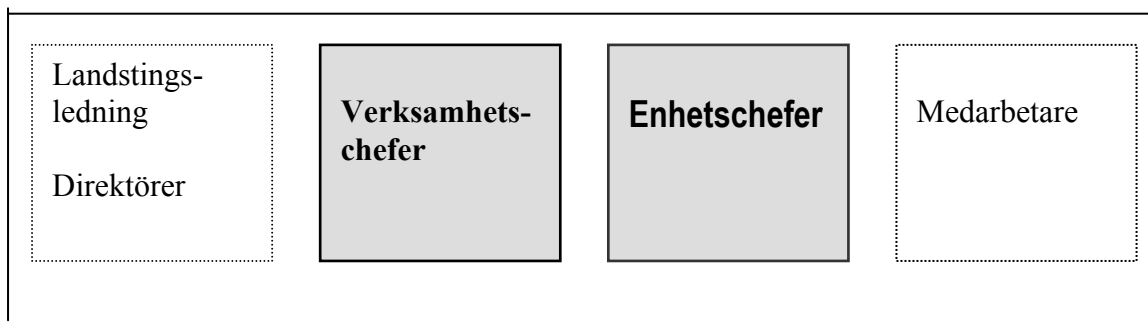
Det finns interventionsstudier med positivt utfall som genomförts i vårdsektorn avseende ledarskap och medarbetarhälsa (Fassel 2000, Löök och Arnetz 2000). Ett nyligen genomfört interventionsprogram för ledare inom ett försäkringsbolag följdes av minskad cortisolkoncentration i blodet hos medarbetarna (Theorell et al. 2001). Även internationellt sett är stressnivåerna höga inom vård och omsorg. I England rapporteras 25-50 % ha besvär med stress inom en specifik sektor (Weinberg och Creed 2000). Interventionsprogram utifrån evidensbaserad rapportering bör inte endast ske på individnivå utan även omfatta organisationsfaktorer (Cottrell 2001)

Varje arbetsplats präglas av en specifik kultur och skapas i interaktionen mellan individer (Triandis 1995). Ledaren är redskapet för att föra vidare normer och värderingar i en organisation till medarbetarna. De ledare som har närmast kontakt med medarbetarna har störst möjlighet att påverka (Schein 1992). I en specifik organisationskultur finns alltid en kärna av värderingar som är gemensamma och delas av alla (Hofstede 1994, Schein 1992, Abrahamsson och Andersson 1996). Många har beskrivit organisationskulturen på det sättet att den runt sin specifika kärna har flera lager som består av strategier, mål och struktur. Strukturen omfattar även arbetsfördelningen (Abrahamsson och Andersson 1996). Föreliggande studien granskar inte organisationskulturen i sin helhet men ledarskapet är en del av organisationskulturen och bör analyseras i sin specifika kontext.

## **Syften, hypoteser och frågeställningar**

Personalomsättningen och sjukfrånvaron är stor inom vården. Därutöver eller som en följd av det finns stora rekryteringsproblem. Trots detta finns kliniker och vårdcentraler som har full bemanning i områden med svårigheter att bemanna. Detta är utgångspunkten i studien och huvudfrågeställningen är om ledarskapet är avgörande på dessa vårdenheter och hur det påverkar medarbetarnas hälsa och stress.

Syftet med studien är att finna samband mellan olika typer ledarskap och medarbetarnas välbefinnande utifrån ett arbetsmiljö- och hälsoperspektiv. Ledarskapet inom en vårdenhet är



**Bild 1.** Bilden beskriver aktörerna i en organisationskultur specifikt per vårdenhet.

komplext och påverkat av många kontextuella faktorer. I denna studie är huvudfokus på verksamhetschefer och enhetschefer (bild 1) vilka belyses såväl från lednings- som från medarbetarperspektiv.

Ledarna bedöms utifrån medarbetarnas bedömning av organisatoriska frågor och ledarskapsstil. Medarbetarnas hälsa och arbetsmiljörelaterade stress värderas.

**Hälsa** mäts genom;

Sjukfrånvaro  
Sömn  
Känslor i samband med arbete (utmattningssyndrom)  
Job Invasion

**Organisationskultur** mäts genom;

Rollförväntningar  
Krav-kontroll  
Kommunikation  
Möteskvalitet  
Planeringstid  
Feedback  
Demokrati  
Ledningsstil  
Ledarskapsstil



**Frågeställningar:**

- Kan ett specifikt ledarskap definieras som skiljer sig mellan fullbemannade vårdenheter och icke fullbemannade vårdenheter?
- Är sjukfrånvaron lägre på fullbemannade vårdenheter?
- Är hälsoutfallet bättre på fullbemannade enheter?
- Hur bedömer medarbetarna organisationskulturen?
- Hur bedömer medarbetarna sina ledare?

**Hypoteser:**

1. Fullbemannade vårdenheter har bättre ledarskap.
2. Bra ledarskap har samband med bättre arbetsmiljö och hälsa hos medarbetarna.

## METOD

### Instrument

Initialt genomfördes vissa förintervjuer och samtal med bland annat tre landstingsdirektörer, ett par sjukhusdirektörer, en personaldirektör, en klinikchef, en områdesdirektör, en f.d. klinikchef, en chefsläkare och regionöverläkare, ledarskapskonsulter, chefsutvecklare i Stockholms Läns Landsting, representanter från Läkarförbundet och forskare på Institutet för psykosocial medicin – IPM och MMC – Medical Management Centre vid Karolinska Institutet. Utöver verksamhetschefer intervjuades primärvårdsdirektör, sjukhusdirektör eller områdesdirektör beroende på ingående vårdenheter och sjukvårdsorganisation. Både verksamhetschefer och direktörer svarade på semistrukturerade frågor (bilaga 1,2). Verksamhetscheferna intervjuades även med avseende på mer strukturerade frågor (bilaga 3).

Verksamhetschefer och medarbetare besvarade frågeformulär (bilaga 4). Alla verksamhetschefer och enhetschefer erbjöds även att besvara Myers Briggs Type Indicator som är ett frågeinstrument om personliga preferenser.

### Urval, enheter och ledningsgrupper

#### Full bemanning och sjukfrånvaro

Utgångspunkten var att de undersökta indexenheterna skulle ha full bemanning och låg sjukfrånvaro. Till varje sådan enhet rekryterades en kontrollenhet som inte var fullbemannad. Sjukfrånvaron visade sig snart vara omöjlig att definiera på samma sätt i olika områden varför detta föll som ingångskriterium. De medarbetare som var frånvarande på grund av sjukdom vid studiens genomförande deltog inte heller med enkätsvar. Då dessa ändå bedömdes vara få torde inte detta snedvrída resultaten i någon större utsträckning. Svarsfrekvensen är relativt låg på flera enheter vilket möjliggör att medarbetare med större ohälsa än övriga valt att inte delta i studien.

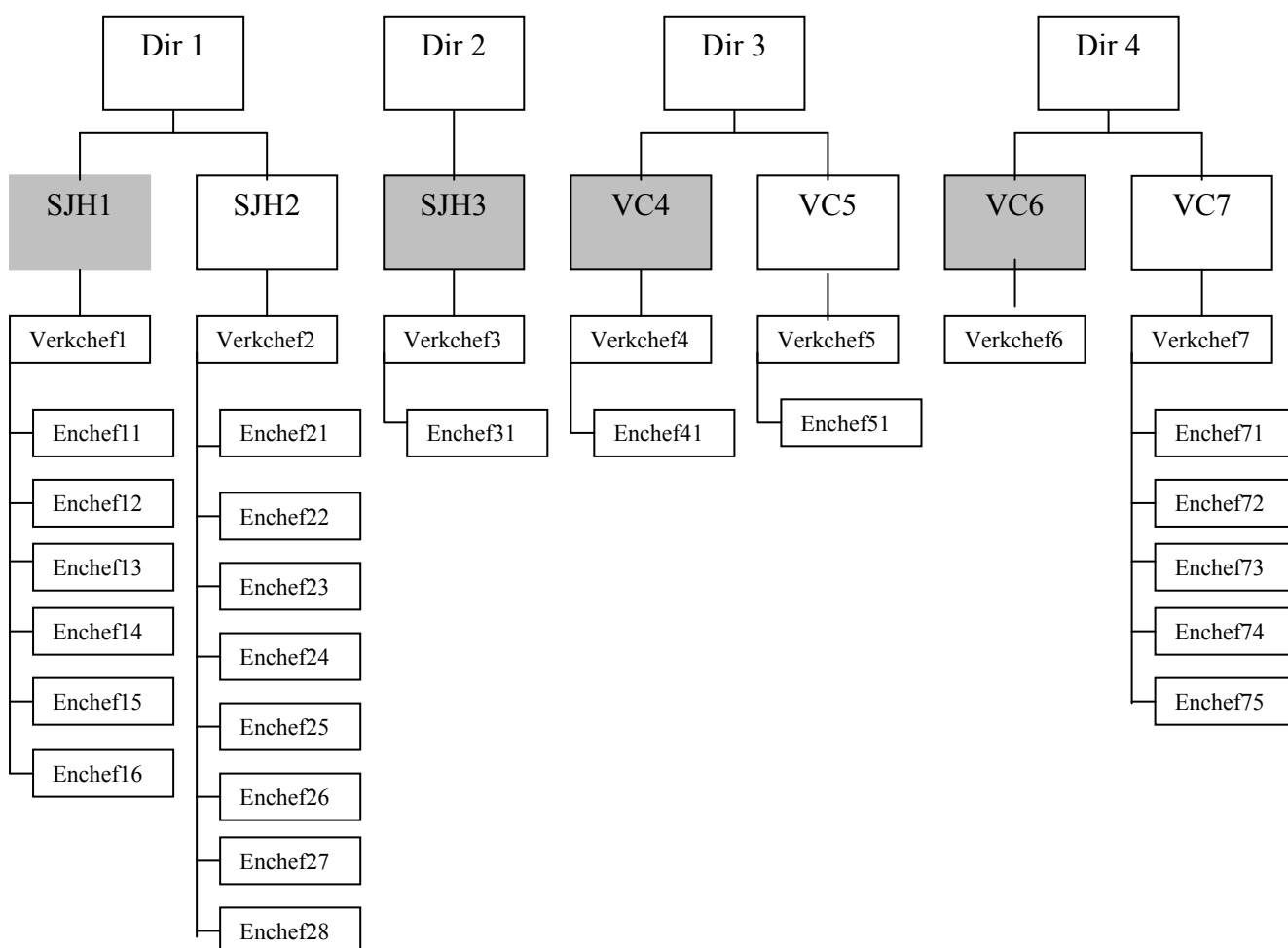
I tabell 1 är den officiella sjukfrånvaron sammanställd per vårdenhet.

Vårdenhet	SJH1	SJH2	SJH3	VC4	VC5	VC6	VC7
Antal sjukfrånvarodagar /anställd och år	?	16,2	8,9	16,8	55	29	29,2

**Tabell 1.**

Under undersökningens gång har även frågan om full bemanning visat sig vara relativt svår att ha som utgångspunkt för urvalet. Initialt rekryterades två sjukhuskliniker och två vårdcentraler (SJH1, SJH2, VC1, VC2) för att de uppfyllde kriteriet full bemanning under minst innevarande år. En sjukhusklinik och två vårdcentraler rekryterades som kontrollenheter (SJH3, VC3, VC4). Kontrollenheterna uppgavs ha mer eller mindre bemanningsproblem vilket framkom i intervjuer med ledningarna.

### Beskrivning av vårdenheterna i studien



**Bild 2.** Ingående vårdenheter har erhållit beteckning SJH för sjukhusansluten klinik och VC för primärvårdsenhet. Samtliga vårdenheter har en verksamhetschef = verkchef. Alla utom en vårdenhet har enhetschef/enhetschefer = Enchef (E). (Fyllda rektanglar = fullbemannade vårdenheter).

SJH1 och SJH2 är kliniker inom samma lasarett. Trots de olika specialiteterna bedömdes arbetsvillkoren vara relativt lika eftersom de är verksamma på samma ort. De är lokaliserade på landsbygden och belägna i södra Sverige. SJH3 är en intensivvårdsenhet på ett länssjukhus,

beläget långt norrut i Sverige. Ingen lämplig kontrollenhet återfanns på samma ort utan utgörs av två mindre enheter, intensivvård och operation, från SJH2. Arbetsvillkoren för att arbeta inom så pass specialiserad verksamhet som intensivvård eller operation bedömdes vara mer lika än vad andra specialiteter på samma sjukhus kunde vara.

På SJH1 består ledningsgruppen av verksamhetschef (verkchef1), administratör och samtliga enhetschefer (enchef11-enchef15). På SJH2 finns ingen direkt ledningsgrupp. Enhetschefen (enchef21) på SJH3 ingår tillsammans med övriga enhetschefer i området i ledningsgruppen där även områdeschef med stabspersonal finns med. SJH3 ingår i en organisation där lasarettet är indelat i ett visst antal områden. Till varje område hör flera kliniker och en områdeschef kan ha flera kliniker under sig. En områdeschef behöver inte vara läkare och i detta fall är områdeschefen (i denna studie kallad verksamhetschef) före detta sjuksköterska. Sjukhusdirektören har icke-medicinsk bakgrund.

Vårdenheterna VC4, VC5, VC6 och VC7 är rekryterade från primärvården. VC4 och VC5 är belägna i samma län som klinikerna SJH1 och SJH2 men från olika orter. Befolkningsstruktur och arbetsvillkor för medarbetarna bedömdes vara relativt lika. En skillnad är dock att primärvårdsenheten VC5 är verksam på samma ort som klinikerna SJH1 och SJH2. Den är dessutom lokaliserad mycket nära sjukhuset. Primärvård och sjukhusklinik har olika direktörer. Under studiens gång skedde en omorganisering på landstingsledningsnivå och en ny sjukhusdirektör tillsattes. Den nya sjukhusdirektören har icke-medicinsk bakgrund.

Primärvårdsenheterna VC6 och VC7 tillhör samma område med liknande befolkningsstruktur och de lyder under samma direktionsområde. De är lokaliserade i storstadsförorter och har samma direktör som har läkarbakgrund. De sju vårdenheterna representerar således fyra olika områden men där två områden finns i samma landsting men lyder under olika direktörer.

På primärvårdsenheterna VC4 och VC6 finns ingen direkt ledningsgrupp. Primärvårdsenhet VC5 är en ledningsgrupp som består av verksamhetschef (verkchef5), enhetschef (enchef51) och fackliga representanter. På primärvårdsenhet VC7 ingår verksamhetschef (verkchef7) och alla enhetschefer (enchef71-enchef75) i ledningsgruppen.

## Svarsfrekvens

På primärvårdsenhet VC7 var avsikten att flera enheter skulle delta men dessa drog sig ur i sista stund. Studien omfattar således inte hela den vårdcentralen utan endast delar av densamma. Det innebär att arbetsuppgifterna kan skilja mot jämförande vårdenhet som är VC67. Svarsfrekvensen är mycket låg totalt sett och framförallt klinik SJH2 bidrar till detta. Svarsfrekvensen är något låg även på vårdenheterna SJH1 och VC4 (Tabell 2).

Medelåldern för samtliga medarbetare är 45 år. Lägsta ålder är 20 år och högsta ålder är 65 år. Medianåldern per vårdenhet kan avläsas i diagram 1 där även högsta och lägsta ålder finns angiven. I studien deltar 322 kvinnor och 38 män.

## Svarsfrekvens

Vårdenhet	Fullbemannad	Antal anställda = antal utlämnade enkäter	Antal ifyllda enkäter	Svarsfrekvens %
SJH1	Ja	175	111	63
SJH2	Nej	249	105	42
SJH3	Ja	54	39	72
VC4	Ja	45	31	69
VC5	Nej	23	19	83
VC6	Ja	26	20	77
VC7	Nej	58	37	64
Totalt		630	362	57

**Tabell 2.** Svarsfrekvens

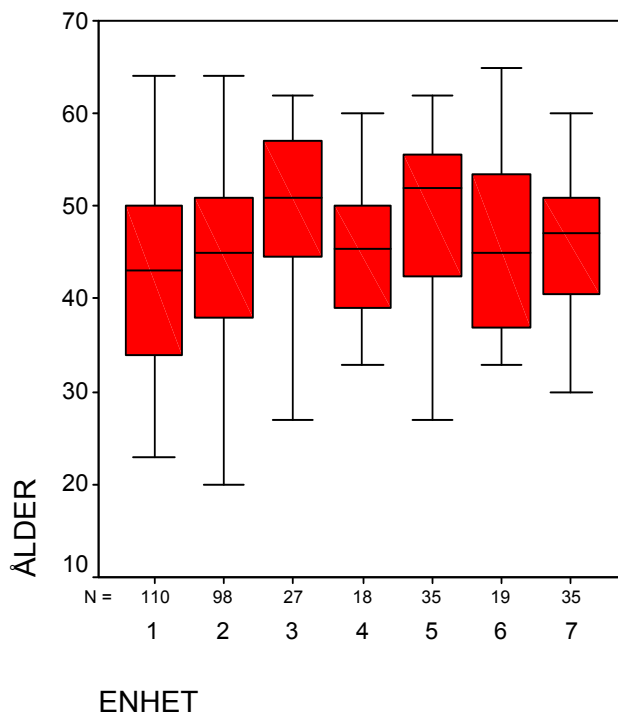
## Statistiska metoder

Tidigare väl etablerade frågeinstrument som reliabilitetstestats och validerats har använts. För dessa fanns etablerade index, det vill säga en uppsättning frågor som bildar ett index. För medarbetarbedömningarna konstruerades nya frågor utifrån erfarenheterna av andra ledarskapsinstrument. Faktoranalys utfördes men utfallet blev inte ett flertal index som förväntat - i stort sett alla frågor visade sig höra samman. Ett index bildades av 23 frågor (bilaga 5).

Variansanalyser har utförts på de index som var normalfördelade. För andra index och enskilda frågor har icke-parametriska test använts. Medelvärden och konfidensintervall har beräknats. Cronbach alfa har använts av indices interna konsistens (Tabell 3). Ett index = stimulans uppvisar låg Cronbach alfa men då dessa frågor har använts i så omfattande undersökningar och tidigare visats ha hög intern konsistens används dessa ändå för att möjliggöra jämförelser. Det är frågor i krav-kontroll-modellen som avser stimulans. Övriga index uppvisar god reliabilitet.

## Åldersfördelning och kön

Av deltagarna är 96 % kvinnor och 4 % män.



**Diagram 1.** Åldersfördelning.

<b>INDEX</b>	<b>CRONBACH ALFA</b>	<b>Antal frågor</b>
Känslor av emotionell utmattning	0,88	5
Job Invasion	0,83	4
Känslor av cynism	0,73	5
Känslor av effektivitet	0,70	6
Personalinriktad arbetsledning	0,88	6
Ekonomiinriktad arbetsledning	0,84	4
Kundinriktad arbetsledning	0,67	4
Möteskvalitet	0,71	2
Medarbetarbedömningar av verksamhetschef	0,98	23
Medarbetarbedömningar av enhetschef	0,99	23
Psykologiska krav	0,68	5
Stimulans	0,47	4
Påverkansmöjlighet	0,64	2
Rolltydlighet	0,72	3
Rollkonflikt	0,77	4

**Tabell 3.** Cronbach alfa.

## **Presentationsurval**

Att presentera alla resultat skulle vara mycket omfattningsrikt. Därför presenteras främst de resultat där statistiskt signifikanta skillnader framkommit eller resultat som av andra skäl bedömts intressanta. Från intervjuerna lyfts specifika värdenheter fram i de fall där jämförelser med andra värdenheter kunnat göras eller där intressanta aspekter framkommit i intervjuerna.

## RESULTAT

### Medarbetarnas hälsa och uppfattningar om arbetsorganisation

#### Hälsa och arbetsorganisation på 7 vårdenheter

Samtliga hälsoparametrar är analyserade under detta avsnitt. Här presenteras även de analyser som hör under organisationskultur men som analyserats med icke-parametriska test.

Det finns statistiskt signifikanta skillnader mellan vårdenheter i nio olika index/frågor som redovisas i tabell 4 och 5. För övriga frågor/index finns inga signifikanta resultat varför dessa inte redovisas. Medelvärden och standardavvikelse redovisas men de statistiska analyserna har gjorts med Kruskal-Wallis icke-parametriska test. För utförligare beskrivning av frågor /index se Bilaga 6.

Frågor	Index	Antal	Medelvärde	Min	Max	Std	Asymp.sign. Kruskal- Wallis
Känslor av effektivitet	Eff	346	2,13	1	5	0,88	0,010
Ekonomiinriktad arbetsledning	Ekon	348	2,43	1	3	0,43	0,008
Personalinriktad arbetsledning	Pers	347	2,51	1	3	0,44	0,014
Kundinriktad arbetsledning	Kund	348	2,74	0,75	3	0,34	0,021
Feedback av arbetskamrater	-	350	3,82	1	5	0,83	0,006
Feedback av överordnade	-	351	3,47	1	5	0,90	0,001
Tid för Planering	-	350	2,00	1	4	0,80	0,009
Tydliga rollförväntningar	Rolltydl	345	4,34	1,67	5	0,66	0,009
Arbetsrelaterad sjukfrånvaro	-	192	1,40	1	4	0,80	0,001

**Tabell 4.** Index hälsa och arbetsorganisation

Skillnader med medelvärden och kvartiler angivna för respektive vårdenhet. Med kvartiler menas att 50 % av svaren ligger inom angivna värden där 25 % är nedre och 75 % övre gräns (tabell 5).



1=SJH1 2=SJH2 3=SJH3 4=VC4 5=VC5 6=VC6 7=VC7 M=medelvärde

Nedre värde är 25% kvartil och övre värde är 75 % kvartil. M=medelvärde														
Frågor	M 1	1	M 2	2	M 3	3	M 4	4	M 5	5	M 6	6	M 7	7
Ineffektivitet	2,2	1,5-2,8	2,1	1,5-2,5	2,2	1,4-2,5	2,4	1,7-2,8	1,6	1,3-2,0	1,9	1,3- 3,0	2,1	1,5-2,8
Ekonomiinriktad arbetsledning	2,5	2,3-3,0	2,5	2,3-3,0	2,3	2,0-2,5	2,1	1,5-2,3	2,3	2,0-2,5	2,4	2,1-2,8	2,4	2,6-2,8
Personalinriktad arbetsledning	2,5	2,2-2,7	2,4	1,8-2,8	2,7	2,5-2,8	2,5	2,3-2,7	2,7	2,5-3,0	2,7	2,6-2,9	2,5	2,1-2,8
Kundinriktad arbetsledning	2,8	2,3-3,0	2,7	2,5-3,0	2,9	2,8-3,0	2,7	2,1-3,0	2,7	2,5-3,0	2,8	2,6-3,0	2,7	2,5-3,0
Feedback av arbetskamrater	3,9	3,0-4,0	3,8	3,0-4,0	3,6	3,0-4,0	3,7	3,0-4,0	4,0	4,0-5,0	4,1	3,0-5,0	1,2	3,0-4,0
Feedback av överordnade	3,5	3,0-4,0	3,4	3,0-4,0	3,3	3,0-4,0	3,6	3,0-4,0	3,7	3,0-4,3	4,2	3,5-5,0	3,3	3,0-4,0
Tid för planering	2,1	2,0-3,0	2,1	2,0-3,0	1,9	2,0-2,0	2,4	1,0-3,0	1,7	1,0-2,0	1,5	1,0-2,0	1,8	1,0-2,0
Rolltydlighet	4,1	3,7-4,4	4,4	4,0-4,7	4,7	4,4-4,7	4,2	3,7-4,8	4,4	4,0-4,8	4,6	4,3-5,0	4,5	4,3-5,0
Arbetsrelaterad Sjukfrånvaro	1,7	1,0-2,0	1,2	1,0-1,0	1,2	1,0-1,0	1,5	1,1-1,5	1,9	1,0-3,3	1,1	1,0-1,0	1,2	1,0-1,0

**Tabell 5.** Kvartiler och medelvärden / per vårdenhet

Utmattningsyndrom är inte vanligt men det framkommer skillnad i ”ineffektivitet”. VC5 rapporterar bäst resultat dvs minst tendens till utmattningsyndrom. Medarbetarna på VC7 anser att deras arbetsledning är mera ekonomiinriktad än andras. VC4 har minst ekonomiinriktad arbetsledning enligt bedömningarna. Beträffande ”personalinriktad arbetsledning” har SJH3 signifikant lägre medelvärde än två andra vårdenheter – SJH2 och VC5 – och således minst personalinriktad arbetsledning. Analys av medelvärden och konfidensintervall för ”kundinriktad arbetsledning” visar att vårdenhet SJH3, VC4, VC6 och VC7 SJH2 har statistiskt signifikant lägre medelvärden. SJH1 och SJH2 har däremot likvärdiga resultat dvs en mer kundinriktad arbetsledning.

Feedback från arbetskamrater bedöms vara mest frekvent på VC5. Feedback från överordnade är mest frekvent på VC6 och skiljer sig signifikant mot samtliga vårdenheter utom VC5.

Mest tid för att planera arbetet rapporteras på VC4 som har avsevärt högre värde än övriga vårdcentraler och kliniker. SJH1 och SJH har därefter högst värden. VC6 har lägst värde följt av VC5 och VC7.

Tydliga rollförväntningar (rolltydlighet) innebär klart definierade mål, tydligt ansvarsområde och tydliga krav. VC4 har lägre medelvärde än övriga vårdcentraler. SJH har ett medelvärde som understiger flera vårdenheter. Här måste framhållas de olika inriktningar som vårdenheterna har.

Sjukfrånvaron rapporteras högst från SJH1 och VC5 som skiljer sig signifikant från samtliga övriga vårdenheter.

#### **Hälsa och arbetsorganisation vårdenhet SJH1 och SJH2**

Arbetsrelaterad sjukfrånvaro skiljer sig signifikant (Kruskal Wallis  $p=0,001$ ) mellan vårdenheterna. SJH1 har fler tillfällen av sjukfrånvaro (tabell 6) än SJH2. Det andra är att SJH1 har en mer kundorienterad arbetsledning enligt medarbetarnas bedömning än SJH2. Skillnaden är statistiskt signifikant (Kruskal Wallis  $p=0,023$ ).

#### **Hälsa och arbetsorganisation vårdenheterna VC4 och VC5**

VC4 uppger fler kanaler att diskutera och ventilera än vad VC5 gör. Denna skillnad är statistiskt signifikant (Kruskal Wallis  $p=0,003$ ). VC4 har även mer tid för att planera sina arbetsuppgifter och även denna skillnad är signifikant (Kruskal Wallis  $p=0,013$ ) mot VC5. Vid analys av medelvärde för ”ineffektivitet” på Maslach’s utbrändhetsskala har VC4 signifikant högre värde det vill säga mer tendens till utmattningssyndrom.

#### **Hälsa och arbetsorganisation vårdenhet VC6 och VC7**

Feedback från arbetskamrater och feedback från överordnade är mer frekvent på VC6. Skillnaderna är statistiskt signifikanta. (feedback från arbetskamrater, Kruskal Wallis  $p=0,002$ , feedback från överordnade, Kruskal Wallis  $0,001$ ).

#### **Hälsa och arbetsorganisation vårdenhet SJH3 och kontrollenhet (del av SJH2)**

Feedback från arbetskamrater är frekventare på kontrollenheten (del av SJH2) än på SJH3 och skillnaden är statistiskt signifikant (Kruskal Wallis  $p=0,030$ ).

## Hälsa och sjukfrånvaro

I allmänhet är hälsan mycket god hos deltagarna i studien. Det finns ingen skillnad i uppgivet nuvarande hälsotillstånd mellan vårdenheterna. Hälsan är något sämre jämfört med ett år tidigare men skillnaden är inte statistiskt signifikant.

Någon analys av orsakerna till frånvaron finns inte alltid men flertalet vårdenheter har vetskap om vilka som är långtidssjuka och varför. Kronisk sjukdom som inte är arbetsrelaterad är främsta orsaken och en till ett par kroniskt sjuka drar upp antalet årsdagar. På en av de mindre vårdenheterna är dock största orsaken utbrändhet och arbetsrelaterad stress eller kroniskt utmattningssyndrom. Liknande diagnos finns med på tre vårdenheter som sekundär eller tertiär orsak. Antalet personer är få men det påverkar antalet sjukdagar och framförallt för en liten vårdenhet.

Hur många tillfällen har du sammanlagt varit hemma från arbetet på grund av egen sjukdom under de senaste 12 månaderna? Det var frågan som respondenterna besvarade. Var och en har här uppgivit sin egen sjukfrånvaro. Alla utom VC5 har ett median värde på 2 vilket betyder att man varit hemma från arbetet på grund av egen sjukdom en gång under senaste tolv månaderna. VC 5 har ett medianvärde på 3 vilket betyder att man varit hemma mellan 2-5 gånger. Uppgifven arbetsrelaterad sjukfrånvaro skiljer dock mellan vårdenheterna. <sup>1</sup>

VÅRDENHET	1	2	3	4	5	6	7
Antal tillfällen (medelvärde)	2,42	2,19	2,53	2,53	2,34	2,05	2,61

**Tabell 6.** Arbetsrelaterad sjukfrånvaro. Medelvärden.

När man besvarat frågan om antalet gånger man varit hemma från arbetet på grund av egen sjukdom fick respondenterna besvara frågan; Hur många gånger av dessa bedömer du vara orsakade av arbetet?

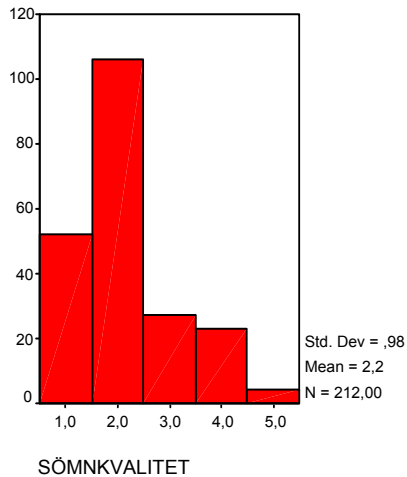
Ingen gång = 1      En gång = 2      2-5 gånger = 3      Mer än 5 gånger = 4

Alla vårdenheterna har medelvärden mellan 2 och 3 vilket innebär mycket låg arbetsrelaterad sjukfrånvaro (Tabell 6).

<sup>1</sup> Viss försiktighet i tolkningen av resultaten är viktig med tanke på att det i enkäten inte framgår att frånvaron gällde arbetsrelaterad psykosocial ohälsa. Endast de som fick direkt information om ifyllandet av enkäten nåddes av denna information. Vid tiden för rapporteringen hade en influensa drabbat enhet 1 hårt vilket kan snedvridera deras resultat. Huruvida andra vårdenheter kan ha tolkat frågan fel eller varit drabbad av sjukdom som varit arbetsrelaterad men inte av psykosocial natur är okänt.

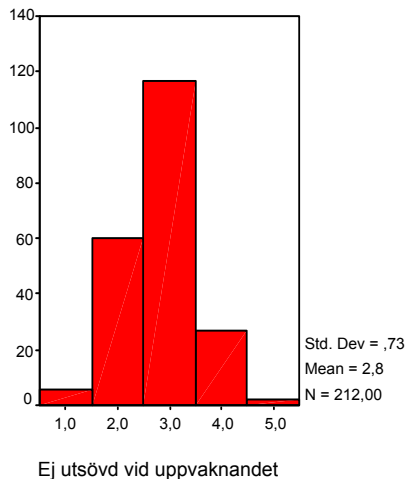
Det bör påpekas att de sjukskrivna som vara frånvarande när enkäterna fylldes i inte ingår i studiepopulationen.

## Sömn



**Diagram 1a.** Sömnkvalitet.

Flertalet uppger att deras sömnkvalitet är relativt god. 1=mycket bra, 2= ganska bra, 3= varken bra eller dålig, 4= ganska dålig, 5= mycket dålig.



**Diagram 1b.** Utsövd.

Det är relativt vanligt att ibland inte känna sig utsövd vid uppvaknandet. 1=aldrig, 2=sällan, 3= ibland, 4=för det mesta, 5=alltid (Diagram 1b).

Det är ingen statistiskt signifikant skillnad i sömnmönster mellan vårdenheter.

## **Sammanfattning hälsa och arbetsorganisation**

För nio olika index/frågor finns statistiskt signifikanta skillnader mellan vårdenheterna. Vid närmare analys mellan vårdenheterna framkommer inte att fullbemannade vårdenheter har bättre hälsa eller arbetsorganisation i ovan refererade analyser. Minst ”ineffektivitet” vilket innebär längst från utbrändhet uppnår VC5 som är en kontrollenhet. Den arbetsrelaterade sjukfrånvaron är generellt låg. Inga skillnader i sömnmönster finns mellan vårdenheterna. Hälsan bedöms allmänt mycket god och inte här heller finns någon skillnad mellan vårdenheterna. Arbetsledningen har olika inriktning på olika vårdenheter.

### **Jobb Invasion**

Svårigheter att släppa tankarna på arbetet och att koppla av uppmättes med fyra frågor – se bilaga 4.

### **Invaderad av jobb vårdenheterna SJH1 och SJH2**

Analysen av konfidensintervall och medelvärden visar att medarbetarna på SJH1 har högre medelvärden än SJH2 (tabell 7).

### **Invaderad av jobb vårdenheterna VC4 och VC5**

Analysen av konfidensintervall och medelvärden visar att medarbetarna på VC4 (fullbemannad) har högre medelvärden än VC5 (tabell 7).

### **Invaderad av jobb vårdenheterna VC6 och VC7**

Analysen av konfidensintervall och medelvärde visar att medarbetarna på VC6 (fullbemannad) har lägre medelvärden än VC7 (kontroll) (tabell 7).

### **Invaderad av jobb vårdenhet SJH3 och kontrollenhet (del av SJH2)**

Analysen av konfidensintervall och medelvärden visar att medarbetarna på SJH3 (fullbemannad) har lägre medelvärden än kontrollenheten.

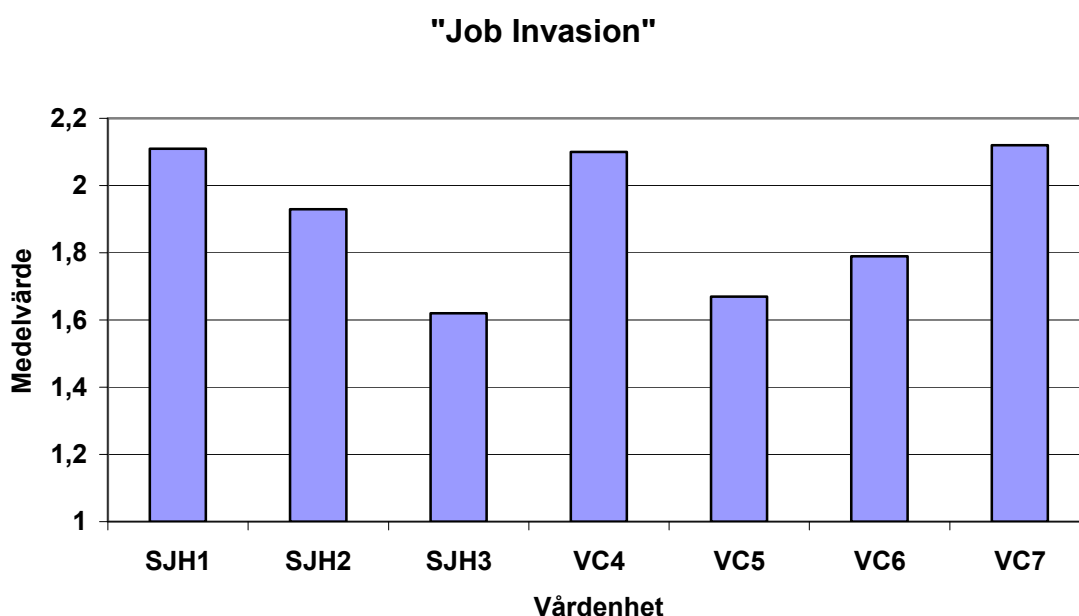
### **Invaderad av jobb på 7 vårdenheter**

Det var statistiskt signifikant skillnad mellan vårdenheterna ( $F = 3,226$   $p = 0,004$ ) (Diagram 5). Vårdenheterna SJH2 (kontroll), VC1 (fullbemannad) och VC2 (fullbemannad) rapporterar

likvärdiga värden. Vårdenhet SJH1 (fullbemannad) och VC4 (kontroll) rapporterar högst värden medan VC3 (kontroll) rapporterar lägre värden. SJH2 (fullbemannad) har lägst värden. Mellan att vara chef och medarbetare fanns ingen skillnad (Diagram 5 och Tabell 7).

### Sammanfattning resultat "Job Invasion"

Två av fyra fullbemannade vårdenheter uppger högre medelvärden än motsvarande kontrollenheter. Två fullbemannade vårdenheter har lägre medelvärden än sina kontrollenheter (Diagram 5 och Tabell 7).



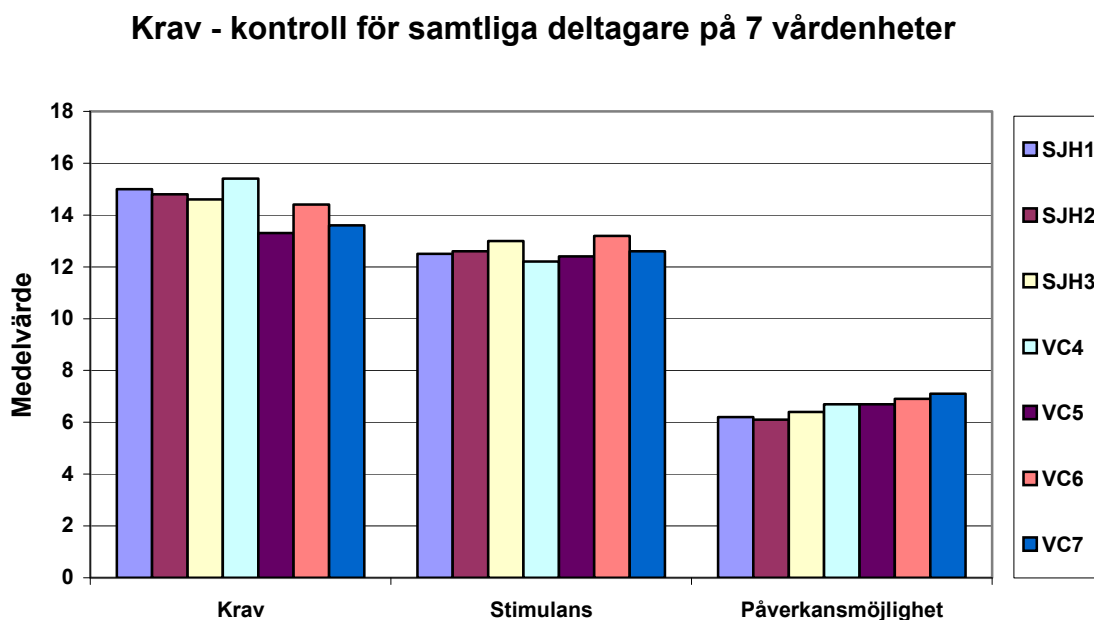
**Diagram 5.** Job Invasion på 7 vårdenheter

Vårdenhet	Medelvärde	Min	Max	Std	Konfidensintervall
SJH1	2,11	1	4	0,75	1,97-2,25
SJH2	1,93	1	4	0,74	1,79-2,08
SJH3	1,62	1	3	0,60	1,42-1,82
VC4	2,10	1	3,7	0,81	1,79-2,41
VC5	1,67	1	3	0,59	1,38-1,95
VC6	1,79	1	3,3	0,81	1,40-2,18
VC7	2,12	1	3,7	0,79	1,84-2,39

**Tabell 7.** Job Invasion

## Krav-kontroll

### Krav –kontroll för samtliga deltagare på 7 vårdenheter



**Diagram 2.**

Analysen av psykologiska **krav** på samtliga vårdenheter (diagram 2) visade att det fanns skillnader mellan vårdenheterna vid envägsvariansanalys (ANOVA). Högsta kraven rapporterade vårdenhet VC4 och lägsta kraven VC5. Därefter rapporterade sjukhusklinikerna högst medelvärden men likvärdiga. Skillnaden är statistiskt signifikant ( $F(6,349) = 3,248$   $p = 0,004$ ).

Vid analys av konfidensintervall och medelvärde (tabell 3) består skillnaderna för **krav** i att vårdenheterna 1, 2 och 3 rapporterar höga värden medan framförallt enhet 4 rapporterar lägre krav än övriga. VC4 har statistiskt signifikant högre medelvärde på krav än samtliga övriga vårdenheter. Både VC5 och VC6 har signifikant lägre medelvärden än de tre sjukhusklinikerna –SJH1, SJH2, SJH3 – samt VC4.

Upplevd **stimulans** var i stort sett likvärdig på vårdenheterna och det var ingen statistiskt signifikant skillnad vid variansanalys. I analysen av konfidensintervall och medelvärde (tabell 3) har VC6 och SJH3 statistiskt signifikant högre medelvärden än SJH1, SJH2 och VC4, det vill säga mer stimulans än övriga vårdenheter.

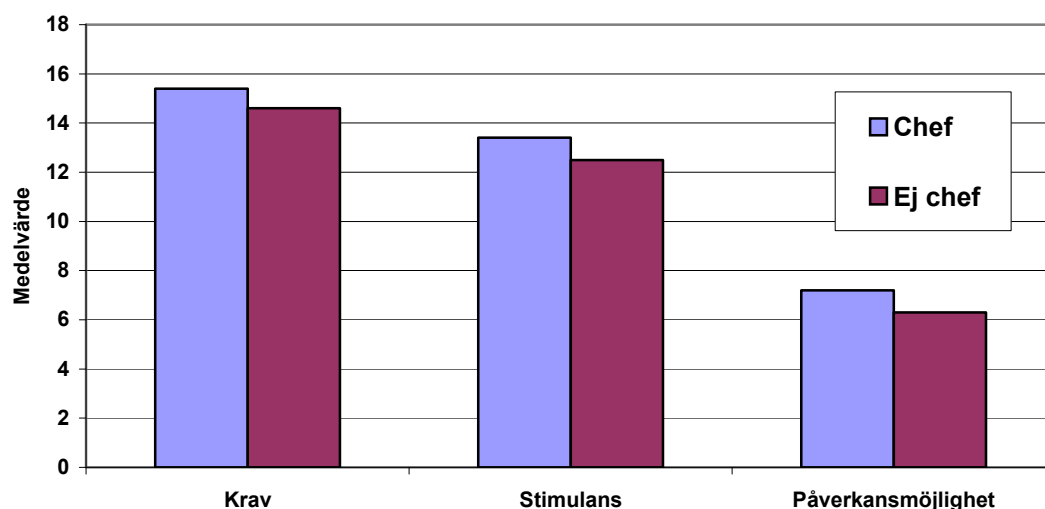
KRAV/ ENHET	KONFIDENS- INTERVALL	MEDELVÄRDE	STANDARD- AVVIKELSE	ANTAL
SJH1	14,57-15,37	14,97	2,11	111
SJH2	14,38-15,16	14,77	1,96	100
SJH3	13,83-14,96	14,39	1,73	38
VC4	14,13-16,67	15,40	3,27	28
VC5	12,38-14,22	13,30	1,91	19
VC6	12,23-14,92	13,58	2,87	20
VC7	13,02-15,06	14,04	2,92	34
STIMULANS/ ENHET	KONFIDENS- INTERVALL	MEDELVÄRDE	STANDARD- AVVIKELSE	ANTAL
SJH1	12,20-12,74	12,47	1,43	111
SJH2	12,32-12,88	12,60	1,41	100
SJH3	12,50-13,99	12,95	1,37	38
VC4	11,60-12,85	12,22	1,58	27
VC5	11,63-13,21	12,42	1,64	19
VC6	12,29-14,01	13,15	1,84	20
VC7	12,02-13,15	12,59	1,62	34
PÅVERKANS- MÖJLIGHET/ ENHET	KONFIDENS- INTERVALL	MEDELVÄRDE	STANDARD- AVVIKELSE	ANTAL
SJH1	5,97-6,41	6,19	1,16	111
SJH2	5,88-6,22	6,05	0,88	100
SJH3	6,29-6,87	6,58	0,89	38
VC4	6,31-7,05	6,68	0,95	28
VC5	6,28-7,17	6,72	0,90	18
VC6	6,47-7,33	6,90	0,91	20
VC7	6,70-7,42	7,06	1,04	34

**Tabell 8.** Konfidensintervall och medelvärden för krav-kontroll.

Vid envägsvariansanalys finns en statistiskt säkerställd skillnad ( $F=7,009$   $p=0,000$ ) mellan värdenheterna vad avser **påverkansmöjlighet**. Påverkansmöjligheten (diagram 2) är större på vårdcentralerna än på sjukhusklinikerna. I analys av konfidensintervall och medelvärden (tabell 8) uppger samtliga vårdcentraler – VC4, VC5, VC6 och VC7 - statistiskt signifikant högre medelvärden än SJH1 och SJH2. Vårdcentralerna VC6 och VC7 har dessutom statistiskt signifikant högre påverkansmöjlighet än SJH3.



### Krav – kontroll för chefer och medarbetare på 7 vårdenheter



**Diagram 3.** Krav – kontroll för chefer och medarbetare på 7 vårdenheter

Vid jämförelse mellan att vara chef och inte vara chef på samtliga vårdenheter finns skillnader för stimulans och påverkansmöjlighet men inte för rapporterade krav (diagram 3). Cheferna rapporterade högre stimulans och högre påverkansmöjlighet. Skillnaderna är statistiskt signifikanta för stimulans ( $F=7,245$   $p,007$ ) och för påverkansmöjlighet ( $F=11,610$   $p,001$ ).

#### Krav – kontroll vårdenheterna SJH1 och SJH2

Det finns ingen statistisk signifikant skillnad för vare sig krav, stimulans eller påverkansmöjlighet för samtliga medarbetare mellan SJH1 och SJH2 (tabell 8).

#### Krav – kontroll vårdenheterna VC4 och VC5

Skillnaden i krav är stora mellan de båda vårdcentralerna. Skillnaden är statistiskt signifikant ( $F=6,334$   $p=0,015$ ) och rapporterade krav på VC4 är mycket höga. Vare sig för stimulans eller påverkansmöjlighet finns någon skillnad mellan vårdenheterna (diagram 4).

#### Krav – kontroll vårdenheterna VC6 och VC7

Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader för vare sig krav, stimulans eller påverkansmöjlighet mellan vårdenheterna 6 (tabell 8).

### Krav - kontroll vårdenheterna VC4 och VC5

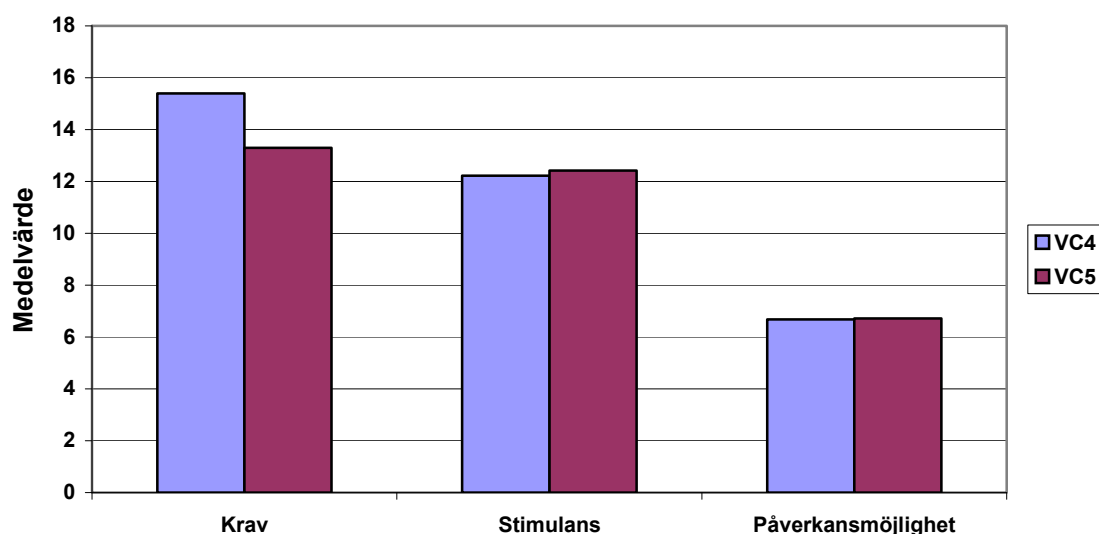


Diagram 4. Krav-kontroll VC4 och VC5.

#### Krav – kontroll vårdenhet SJH3 och kontrollenhet

Det finns inte heller mellan vårdenhet SJH3 och dess jämförelseenhet (del av vårdenhet 2) några statistiskt signifikanta skillnader för vare sig krav, stimulans eller påverkansmöjlighet.

#### Sammanfattning resultat krav-kontroll

Högst psykologiska krav rapporterar en vårdcentral men sjukhusklinikerna har annars högre medelvärden än vårdcentralerna. Ett observandum är det höga medelvärde som medarbetare generellt uppger för psykologiska krav. De har lika höga krav som chefer generellt sett. Stimulansen är högre om man är chef. Stimulansen för samtliga medarbetare är i stort sett likvärdig på de olika vårdenheterna men två har högre stimulans (VC6 och SJH3) än flera andra vårdenheter. Primärvårdsenheterna rapporterar avsevärt högre påverkansmöjlighet än slutenvården.

Det finns ingen genomgående konsekvent skillnad i svaren mellan fullbemannade vårdenheter och deras jämförande vårdenheter för krav-kontroll modellen som säger att några skulle vara bättre än andra. Enskilda vårdenheter utmärker sig vad avser påverkansmöjlighet och stimulans.

## Möteskvalitet

Två frågor om mötena är meningsfulla och om informationen är klargörande bildar ett index - min (se bilaga 6). Analys av medelvärden på de olika enheterna med ANOVA visar statistiskt signifikant skillnad mellan vårdenheterna ( $F=3,47$   $p=0,002$ ) (Diagram 6). Ju högre värde på möteskvalitet desto mer meningsfulla och informativa möten.

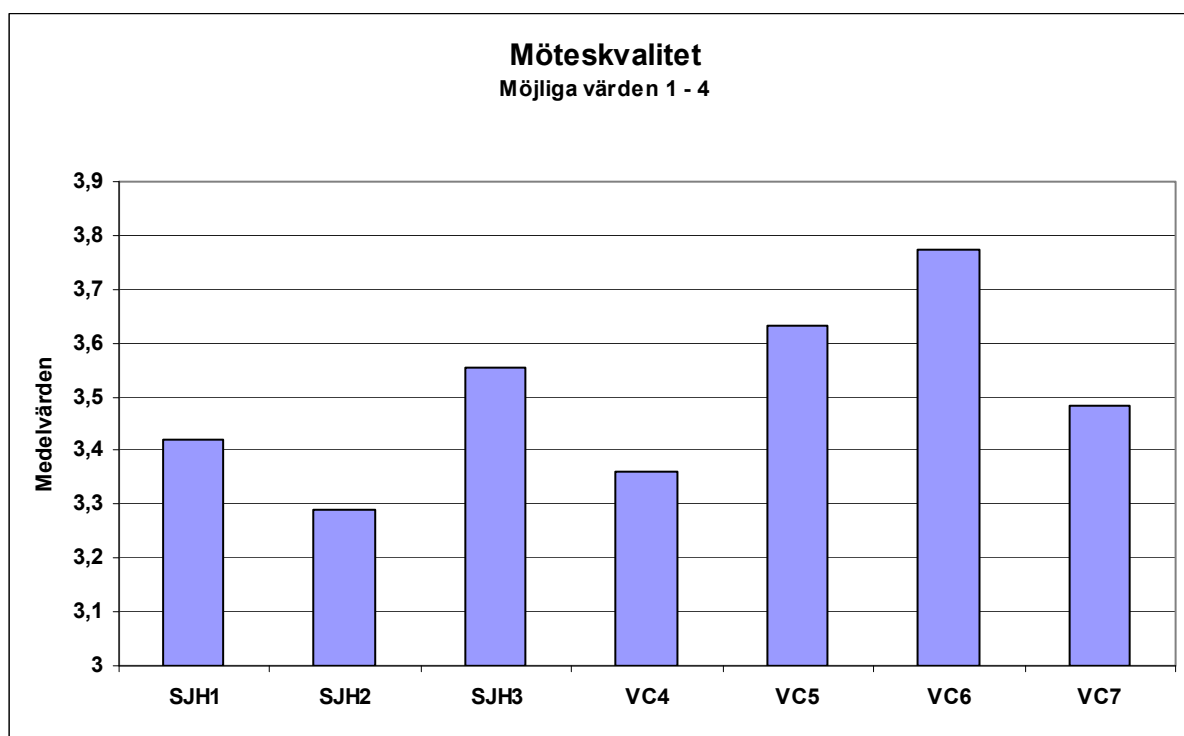


Diagram 5. Möteskvalitet.

Vårdenhet	Medelvärde	Min	Max	Std	95 % Konfidensintervall
SJH1	3,42	2	4	0,49	3,33-3,51
SJH2	3,29	1,5	4	0,57	3,18-3,40
SJH3	3,55	1	4	0,61	3,35-3,75
VC4	3,36	2	4	0,61	3,13-3,59
VC5	3,63	3	4	0,44	3,42-3,84
VC6	3,78	2,5	4	0,42	3,58-3,97
VC7	3,49	2,5	4	0,50	3,31-3,66

Tabell 9. Möteskvalitet.

I analys av konfidensintervall och medelvärden mellan vårdenheterna (Tabell 9) framkommer SJH1 har högre värde än SJH2 och skillnaden är statistiskt signifikant. VC5 har bättre möteskvalitet än VC4 och skillnaden är statistiskt signifikant. VC6 har statistiskt signifikant högre medelvärde än VC7 och SJH3 har statistiskt signifikant högre medelvärde än vårdenhet 2. Vårdenhet 6 har klart bästa resultat.

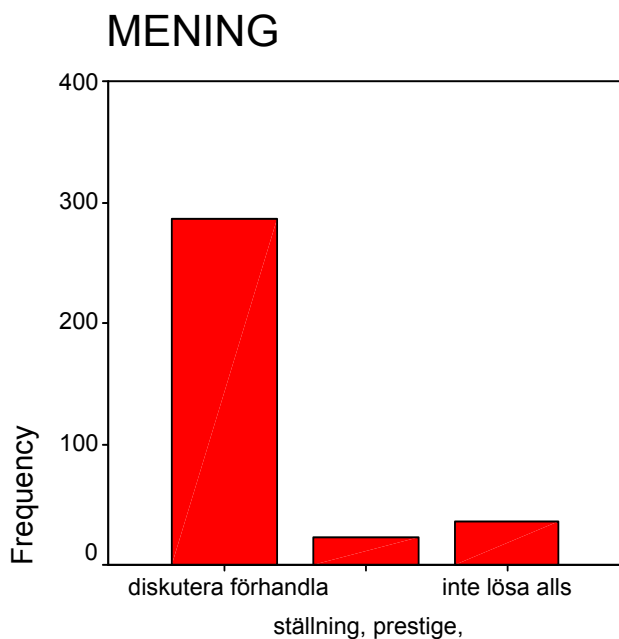
## **Demokrati**

Hur löser man i huvudsak meningsskiljaktigheter på din arbetsplats? Detta var en fråga där deltagarna fick tre svarsalternativ där de markerade vad som bäst stämde med deras uppfattning. De tre svarsalternativen var

1. Genom att diskutera och förhandla = 1
2. Genom att använda sig av sin ställning, prestige eller order = 2
3. Man försöker inte lösa dem alls = 3

Genom diskussion och förhandling svarade 79 % av deltagarna. Genom att använda sig av sin ställning, prestige eller order svarade 6,4 % och genom att inte lösa dem alls svarade 9,9 %.

Diagram 7 visar svarsalternativen för hur meningsskiljaktigheter löstes per vårdenhet. Det visar en stark betoning av svarsalternativ 1. Diagram 8 visar procentfördelningen av de olika svarsalternativen per vårdenhet.



**MENING**

**Diagram 7.** Meningsskiljaktigheter – samtliga

Som åskådliggörs i stapeldiagram 8 svarar medarbetarna på en värdenhet till 100 % att meningsskiljaktigheter löses genom diskussion och förhandling. Resultaten visar att oavsett storlek på värdenhet så uppnår flera en svarsfrekvens på över 80 % för svarsalternativ 1. Det finns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan värdenheterna.

### **Sammanfattning resultat möteskvalitet och demokrati**

Man uppfattar att det är en hög grad av demokrati på samtliga värdenheter. På värdenhet VC6 uppfattas den vara hundra procentig. Möteskvaliteten är bättre på 3 av de fullbemannade värdenheterna i jämförelse med kontrollenheterna. Vid analys av medelvärde och konfidensintervall (Tabell 9) framkommer att värdenhet VC6 har bäst resultat och skiljer sig statistiskt signifikant mot samtliga utom VC5 som även uppvisar mycket gott resultat.

Hur löses meningsskiljaktigheter - % per vårdenhet

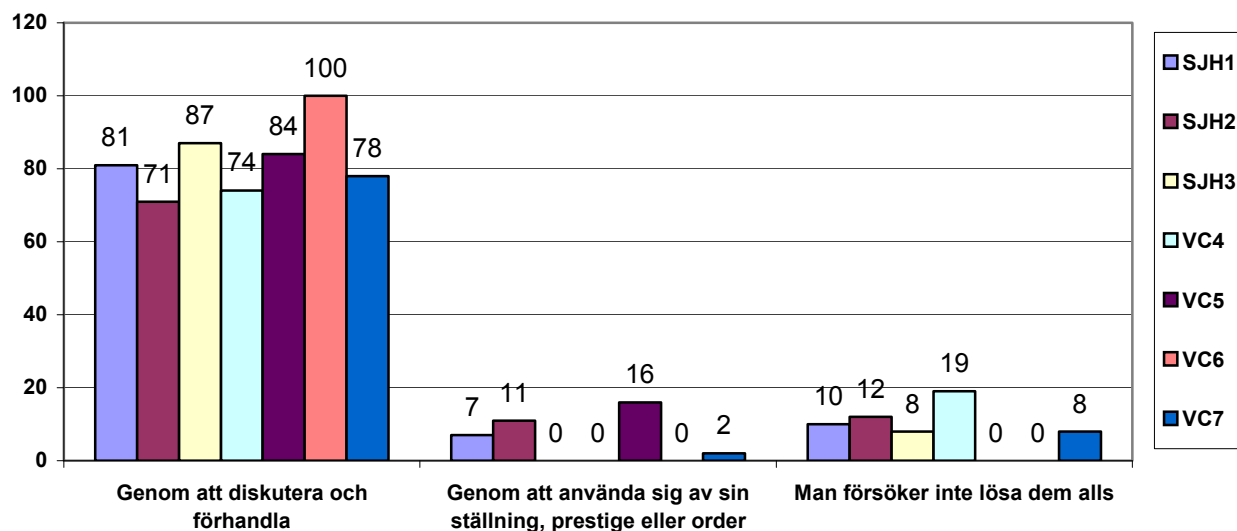


Diagram 8. Meningsskiljaktigheter per vårdenhet

### Ledarskapsstil - medarbetarbedömningar av verksamhetschefer och enhetschefer

#### Medarbetarbedömningar på 7 vårdenheter

Medarbetarbedömning av verksamhetschefer / vårdenhet

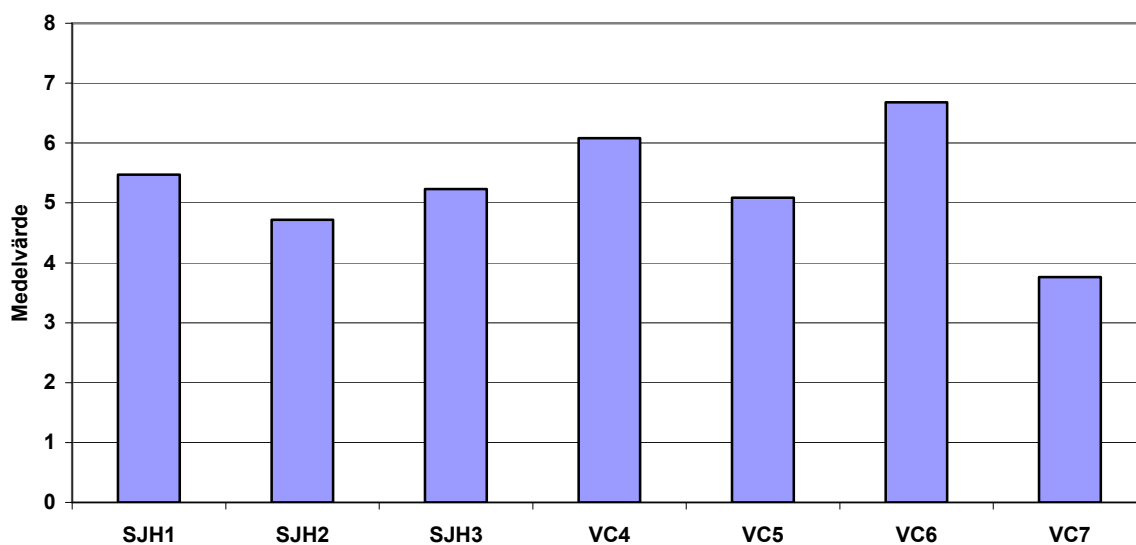


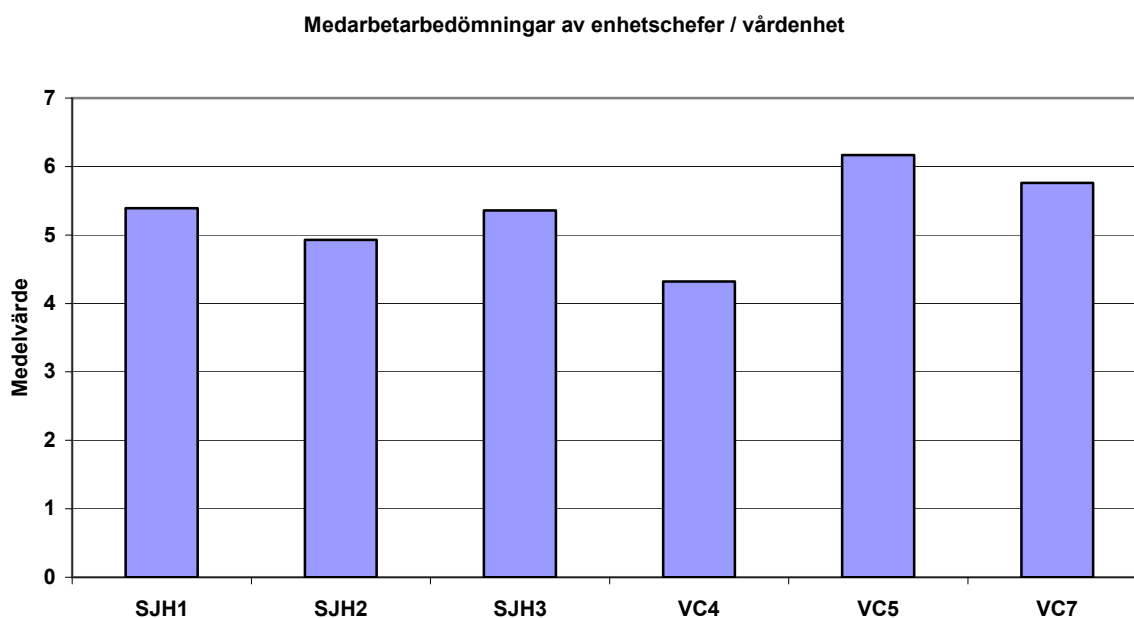
Diagram 9.

Medarbetarna på de olika vårdenheterna bedömde sina verksamhetschefer olika. Skillnaden är statistiskt signifikant ( $F(6,297) = 19,369$  p ,000). Vårdenhet VC6 har bäst resultat.

På vårdenheterna VC4, VC5 och SJH7 finns endast en enhetschef. VC6 har ingen enhetschef. För vårdenheterna SJH1, SJH2 och VC7 är det medelvärden för samtliga enhetschefer på dessa vårdenheter (Diagram 10). Det finns en statistiskt signifikant skillnad på hur medarbetarna bedömer sina enhetschefer på de olika vårdenheterna ( $F(5,247) = 6,931$  p ,000).

Medarbetarna på SJH1 bedömde sin verksamhetschef olika på olika enheter (diagram 11). Skillnaden är statistiskt signifikant ( $F(8,101) = 2,944$  p ,006). På samma sätt bedömde medarbetarna sina enhetschefer olika (diagram 12). Den skillnaden är även statistiskt signifikant ( $F(5, 89) = 3,095$  p,013 ).

Medarbetarna på SJH2 bedömde sin verksamhetschef olika (diagram 13). Skillnaden är statistiskt signifikant ( $F(7, 92 ) = 4,649$  p ,000). På samma sätt bedömde de sina enhetschefer olika (diagram 14) och den skillnaden är även statistiskt signifikant ( $F(6, 69) = 3,491$  p ,005).



**Diagram 10.**

## Jämförelse vårdenhet 1 och 2. Verksamhetschefer och enhetschefer.

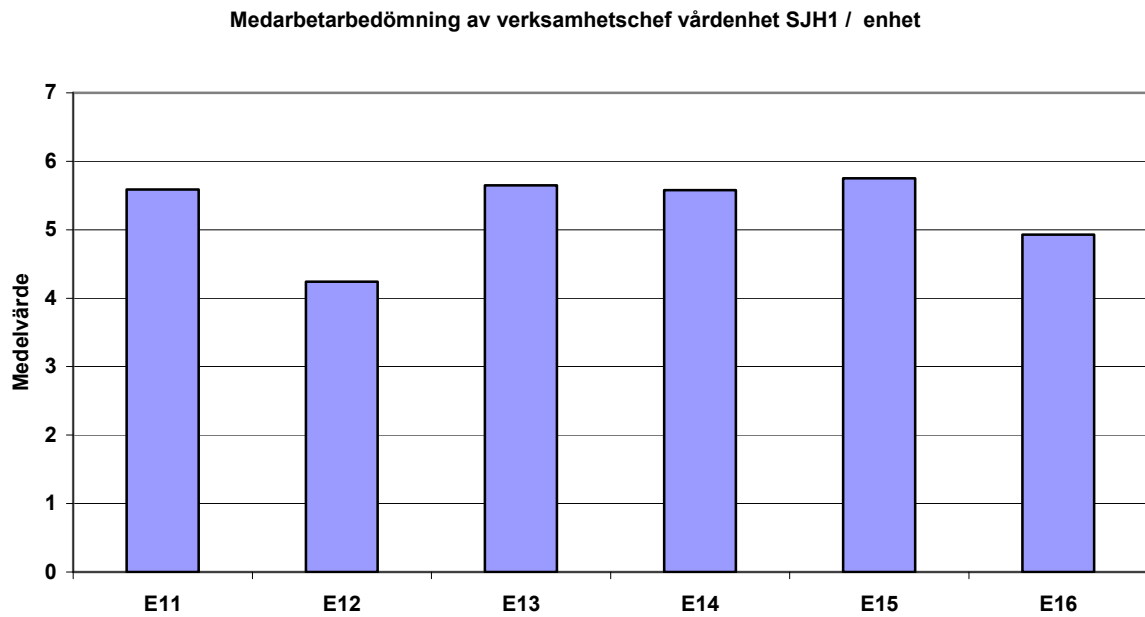


Diagram 11.

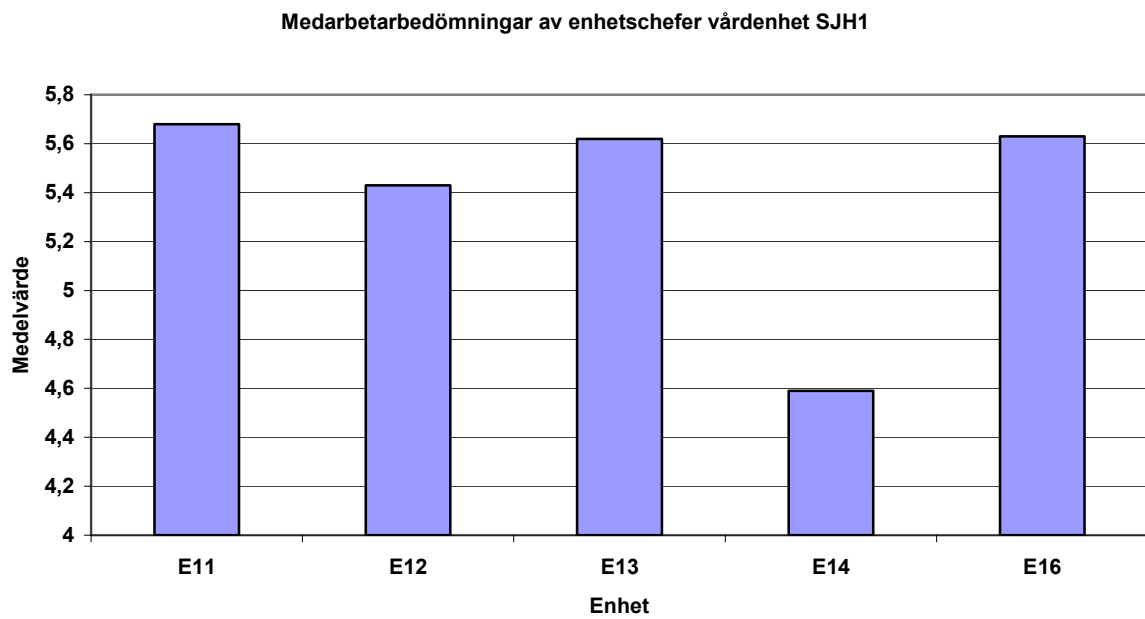


Diagram 12.



Medarbetarbedömningar av verksamhetschef vårdenhets SJH2

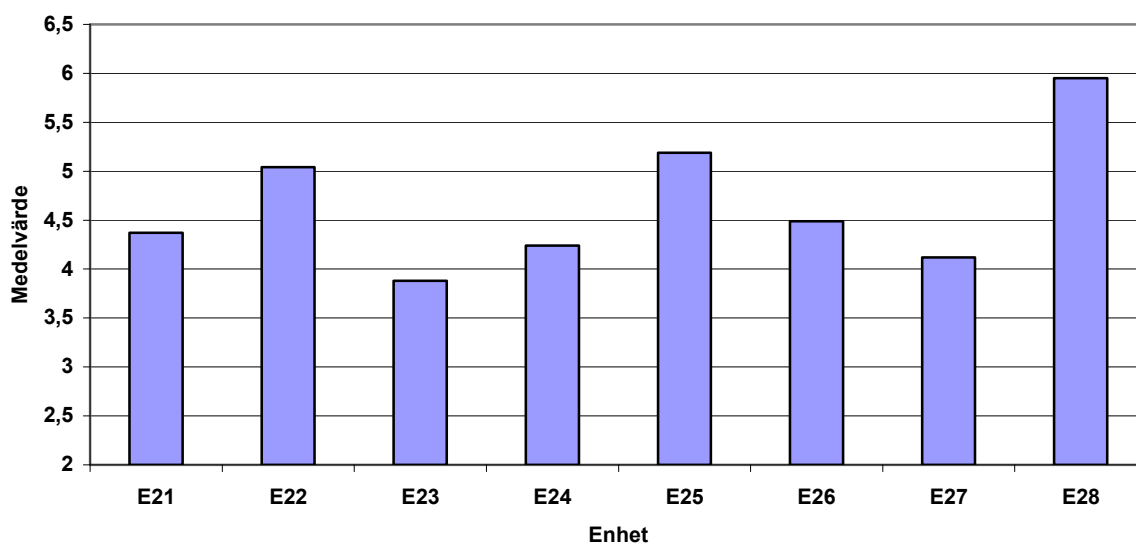


Diagram 13.

Medarbetarbedömning av enhetschefer vårdenhets SJH2

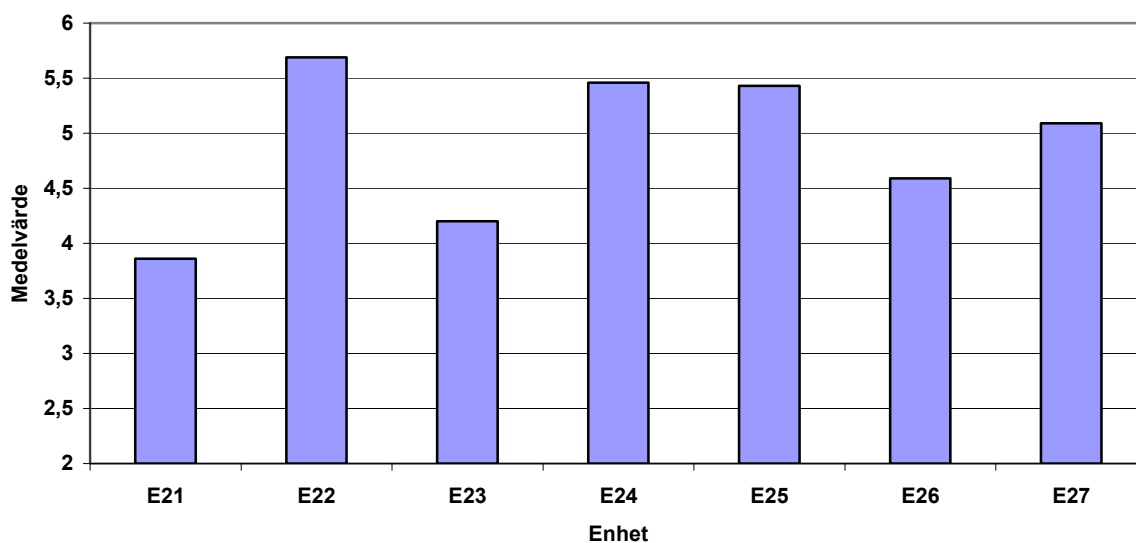


Diagram 14.

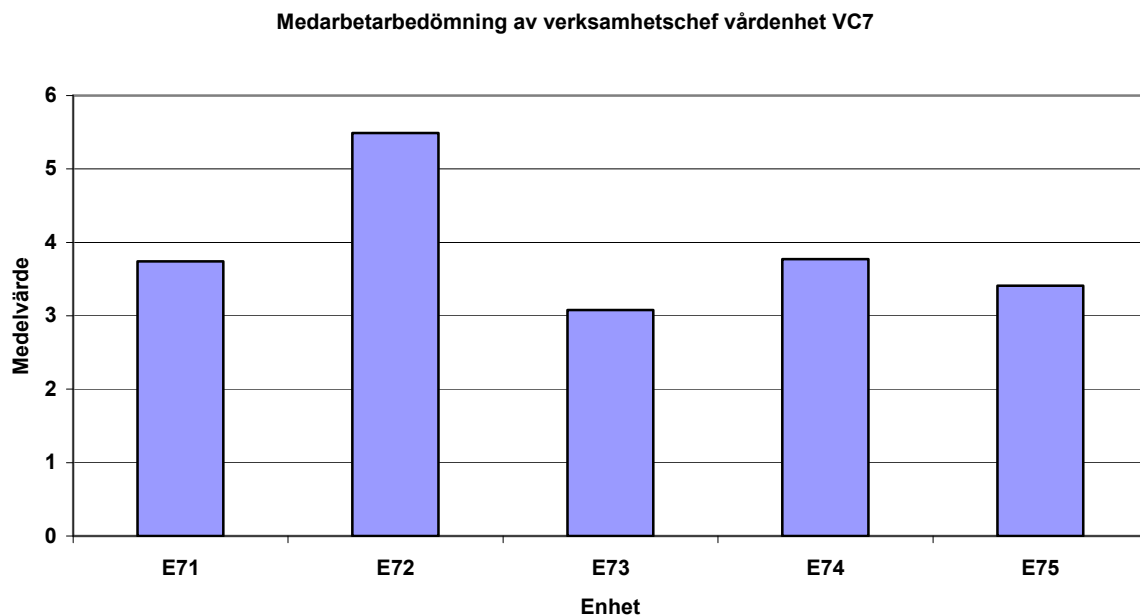
Vid jämförelse av vårdenhets 1 och 2 är det statistisk signifikant skillnad ( $F(1,195)=18,766$   $p=0,000$ ) mellan medarbetarbedömningarna av sina respektive verksamhetschefer. Det är även en statistisk signifikant skillnad mellan medarbetarbedömningen av respektive enhetschefer vid jämförelse mellan vårdenhetserna ( $F(1,159)=5,720$   $p=0,018$ ).

#### Jämförelse vårdenhet 3 och 4. Verksamhetschefer och enhetschefer.

Det är en statistiskt säkerställd skillnad i medarbetarbedömningarna av verksamhetscheferna ( $F(1,47)=8,332$   $p=0,006$ ). Detsamma gäller medarbetarbedömningarna av enhetscheferna ( $F(1,38)=26,004$   $p=0,000$ ). Bedömningarna av verksamhetschef och enhetschef på vårdenheter 3 och 4 är motsatta mot varandra det vill säga högt värde för verksamhetschef – lägre värde för enhetschef och vice versa.

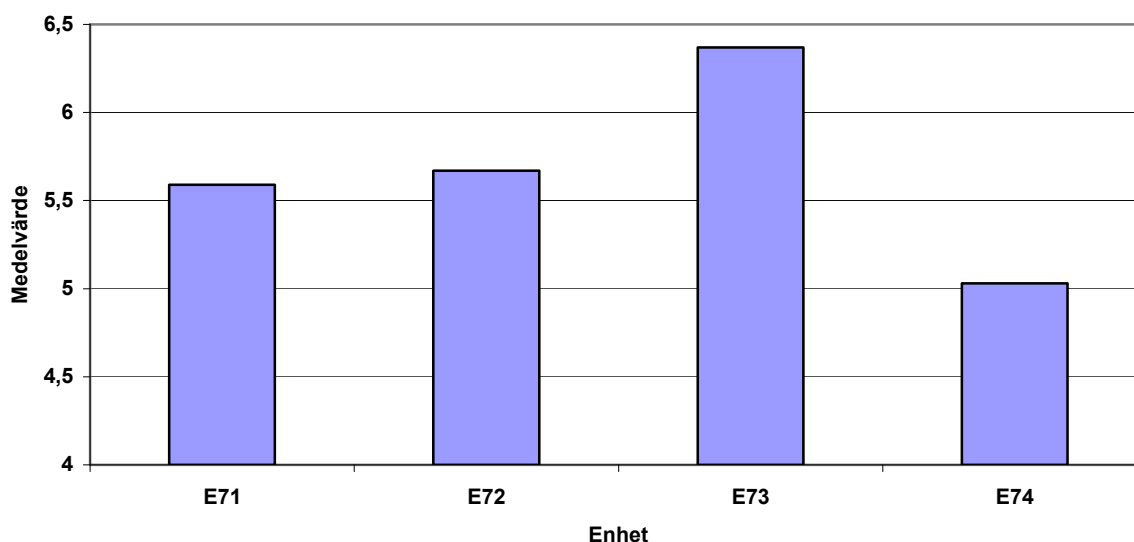
#### Jämförelse vårdenhet 5 och 6. Verksamhetschefer och enhetschefer.

Det är en statistiskt säkerställd skillnad i medarbetarbedömningarna av verksamhetscheferna ( $F(1,43)=89,136$   $p=0,000$ ).



**Diagram 15.**

Medarbetarbedömning av enhetschefer vårdenhets VC7



**Diagram 16.**

Verksamhetschefen på VC7 får olika bedömning på sina olika enheter (diagram 15). Skillnaden är statistiskt signifikant ( $F(4,23)= 3,633$   $p=0,023$ ).

Jämförelse av enhetschefer är inte relevant för VC6.

### **Sammanfattning medarbetarbedömningar av verksamhetschefer och enhetschefer**

Medarbetarnas bedömning av sina verksamhetschefer skiljer sig så att de fyra fullbemannade vårdenheter (SJH1, SJH3, VC4, VC6) har bättre medelvärden än sina jämförande vårdenheter i samtliga fall. På samma sätt får enhetscheferna på vårdenhets SJH1 bättre medelvärden än enhetscheferna på SJH2.

Bedömningarna av respektive verksamhetschef skiljer sig åt på de olika enheterna för samtliga de tre vårdenheter där flera enheter finns (SJH1, SJH2 och VC7).

Bedömningarna av enhetschefer på vårdenheter med flera enhetschefer (SJH1, SJH2 och VC7) skiljer sig även statistiskt signifikant. Bäst medelvärde har enhetschef E73 på VC7 följt av enhetschefen på VC5.

## **Intervjuer med kommentarer**

### **Visioner och mål**

Två av områdena har sin vision klart uttryckt i en kort mening. Övriga två områden har inte lika klart formulerade visioner. Direktörerna framhåller att de övergripande målen är formulerade i styrkort. Balanserade styrkort är ett instrument för strategisk ledning som utvecklades av Robert S.Kaplan och David P. Norton vid Harvard Business School i början av 90-talet (Bryder och Gyllenberg 2002). I instrumentet ingår ett framtidsperspektiv och det mäter även icke finansiella tillgångar som kund- och medarbetarrelationer. På vårdenheter har man aktivt utarbetat egna mål och på de större enheterna är det framförallt enhetschefernas sak att föra dialogen om målen. Alla vårdenheter poängterar dock att alla medarbetare är involverade.

### **Verksamhet – Organisation – Utveckling**

Uppdraget för respektive vårdenheter är mycket lika för de vårdenheter som verkar inom slutenvård respektive primärvård. För primärvården gäller att de ska svara för befolkningen grundläggande behov av hälso- och sjukvård och vara en första instans. För sjukhusansluten vård ska respektive vårdenheter tillhandahålla specialistvård inom sina respektive områden. Alla fyra områden arbetar utifrån balanserade styrkort, vilket omnämns av direktörerna men inte verksamhetscheferna.

Två av direktörerna svarar på frågan om hur uppdraget är definierat, utifrån verksamhetschefens roll, att de har totalansvar för verksamheten där såväl personal och ekonomi som kvalitetsutveckling ingår. En av verksamhetscheferna har tillägget att det mindre väldefinierade uppdraget är associerat till budgeten och att uppdrag går ut på att göra så mycket man kan för den rambudget som tillhandahålls. Det skiljer sig således åt något i svaren mellan direktörer och verksamhetschefer på samma fråga. I praktiken betyder kanske inte detta något men det framträder något olika preferenser och att uppdragen inte är så väldefinierade på alla håll.

Ett område bedömer att vårdenheterna använder de ekonomiska resurserna effektivt. De tre övriga direktörerna menar att deras vårdenheter kan bli mer kostnadsmedvetna. Att det brister i kvalitetsutveckling och inte minst i hur man mäter kvalitet är man relativt ense om. Kvalitetsfrågorna betonas av flera som mycket väsentliga för att mäta effektiviteten och inte bara produktivitet som nu förefaller vara vanligast.

I det område där det bedöms att resurserna används effektivt råder balans mellan uppdraget och resurserna. Man verkar ha funnit en väg att balansera de tjänster som medlen räcker till men ibland måste också här åtgärder vidtas för att spara på resurserna. Övriga tre områden menar att det råder obalans. Ett område står inför verksamhetsneddragning, två framhåller obalansen mellan innevånarnas behov och den professionella bedömningen. Verksamhetscheferna på samtliga sju vårdenheter menar dock att det råder stor obalans mellan uppdrag och resurser. Någon framhåller otydligheten i uppdraget där budgeten baseras på historik och ingen egentligen definierar vad som ska göras. Det tydliggörs i ett citat från en av verksamhetscheferna i primärvården;

”Man betalar för en Skoda men får en Mercedes.”

Ambitionerna är större än vad resurserna räcker till, åtminstone för verksamhetscheferna. Flera verksamhetschefer menar att även medarbetarna är frustrerade över resursbristen. Hur mycket enhetschefer och övriga medarbetare är involverade verkar skilja sig åt och där kan ligga en del av förklaringarna till de höga kraven som medarbetarna generellt uppger.

”Medarbetarna ska inte behöva bekymra sig varenda dag”

De administrativa funktionerna är otillräckliga på flera vårdenheter enligt verksamhetschefernas uppfattning. Detta kan vara en av funktionerna som påverkar de höga kraven hos medarbetarna.

## **Bemanning**

På de fyra enheter som inte har bemanningsproblem uppger verksamhetscheferna att främsta orsakerna till detta är; offensiv personalpolitik, schemaläggning och medarbetar-konstellationen. Möten och arbetssätt inklusive påverkansmöjlighet är andra viktiga faktorer

som kommer på andra plats. De vårdenheter som har mer eller mindre bemanningsproblem – enligt administratörernas information – uppger resursbrist, brist på viss yrkeskategori och många graviditets- och föräldraledigheter som främsta orsaker. Ekonomisk konkurrens och ortens lokalisering samt att det är svårt att rekrytera inte bara fasta medarbetare utan även vikarier, är andra orsaker.

## **Prioriteringar**

Att ge patienten bästa vård är det mål som samtliga direktörer sätter högst vad gäller uppdraget i sig. Därefter ska en god arbetsmiljö prioriteras enligt två av direktörerna medan två framhåller mål. Ekonomin kommer då i andra ledet. Verksamhetschefernas uppfattning om prioriteringsordning är i stort densamma som direktörernas. Fyra uppger att ge patienterna bästa vård har högsta prioritet,, fyra uppger att en bra arbetsmiljö har högsta prioritet, två anger att ”nå upp till målen” som prioritet två och en framhåller ”hålla budget” som prioritet två.

På frågan vilka lösningar som ska prioriteras svarar verksamhetscheferna; ”bäst för patienten” i fem fall av sju och övriga två prioriterar vad som är ”bäst för personalen”.

## **Ledarskap**

Endast en av verksamhetscheferna tycker att chefskapet stämde helt överens med den uppfattning han/hon haft före chefsåtagandet. Endast två av verksamhetscheferna säger att uppdraget var klart definierat vid tillträdet. Att den personliga utvecklingen är viktig framhåller samtliga verksamhetschefer. Framför allt betonas att de gillar att vara med och påverka samt utveckla verksamheten. De tycker också att det är stimulerande och utvecklande för den egna personligheten. De verksamhetschefer som är läkare har även en läkarroll vilket skiljer sig från andra verksamhetschefer. En av verksamhetscheferna säger;

” Jag vill inte bli betraktad som administratör för då riskerar jag att betraktas som en dåligt utbildad sådan.”

Det är viktigt att hålla kvar den medicinska kompetensen. Verksamhetschefen på VC6 ser sin egen utveckling ”i relation till andra människor.” Ledningsgruppens betydelse för ledarskapet framhålls tydligt på vårdenhet 1 och även betoningen på teamutveckling i verksamheten. Snarlikt teamet uttrycker direktören för SJH3 att ledarskapet måste anpassas efter gruppens mognadsfas.

### **Framgångsrika ledare**

I verksamhetschefernas uppfattning om vem som blir en bra ledare uttrycks detta framförallt i förmågan att lyssna, respektera och få andra människor med sig. Fyra av sju verksamhetschefer anger lyhördhet som en av fem nyckelegenskaper hos en bra ledare. Två anger förmågan att strukturera och två andra framhåller rättvishet som en viktig egenskap. I övrigt finns olika uppfattningar om de viktigaste nyckelegenskaperna hos en framstående ledare. Det är ingen skillnad i uppfattningar mellan fullbemannade vårdenheter och övriga.

En betoning av engagemang såväl för medarbetare som patienter och att verkligen brinna för sitt uppdrag stämmer väl med medarbetarbedömningarna. Betoningen av relationen till andra människor följer väl medarbetarnas bedömning av sina verksamhetschefer – stor betoning av de humana aspekterna ger bra medelvärden i medarbetarbedömningarna. Förmågan att se människan och att skapa delaktighet hos medarbetarna är även faktorer som framhålls av direktörerna.

Direktörernas uppfattning om vilka egenskaper eller förmåga framgångsrika verksamhetschefer har, uppvisar stora likheter med verksamhetschefernas egna uppfattningar. Om tillsättandet av respektive verksamhetschef har direktörerna olika kännedom om, beroende på att två av fyra direktörer har tillträtt efter tillsättandet av aktuella verksamhetschefer. Övriga två direktörer framhåller dock sina fyra verksamhetschefer som framgångsrika men på olika sätt. Ingen framhålls som bättre än den andra. Däremot har det i förintervjuerna och samtal framkommit något andra uppfattningar om hur framgångsrik respektive ledare är för några av vårdenheterna. Likaså är kontakterna mellan verksamhetschef och landstingsledning bättre för minst ett par av verksamhetscheferna. Dessa verksamhetschefer har också omnämnts som framgångsrika och detta stöds såtillvida att de är bland de verksamhetschefer som har högst värden på medarbetarbedömningarna.

Att kunna säga att man är en bra ledare handlar troligen om en god självinsikt då några av verksamhetscheferna uppger det. De är även säkra på att inga formella ledare finns. Denna självinsikt ger större medvetenhet om sitt ledarskap och de ledare som uttryckligen vet att de är bra får bästa bedömningarna av sina medarbetare. Starkt självförtroende och trygghet i sig själv framhålls även av direktörerna som viktigt och två betonar verkligen uthållighet och energi som krävs utöver det vanliga.

Enheterna 5 och 6 ingår i samma område och har således samma direktör. För detta område uttrycks specifikt att visionen måste efterlevas och att man företräder eller snarare skapar vissa värderingar. Värderingarna ger beteenden som direkt inverkar på arbetet. Vårdcentralsenheterna uppger högsta påverkansmöjlighet och vårdenheterna 5 och 6 allra högst. Det kan finnas ett samband mellan den tydligt uttalade visionen och de betonade värderingarna i området.

Sex av sju verksamhetschefer har mentor utanför arbetsplatsen eller annan coach på arbetet i form av kolleger eller annan person. På en vårdenhet får en före detta chef fungera som stödfunktion. Stödet av familjen betonas men professionellt stöd gärna med annan infallsvinkel eller arbetslivserfarenhet verkar vara betydelsefullt.

Ledarskapspolicy finns på samtliga vårdenheter men uppfattningen skiljer något mellan direktörer och verksamhetschefer. Det förefaller som det inte är känt att det finns en uttalad ledarskapspolicy som omfattar deras arbetsplats på minst två av vårdenheterna. Två förefintliga policyprogram för ledare är under omarbetande för att passa dagens krav på ledare. Den sociala kompetensen betonas starkt och som en av direktörerna framhåller var tidigare ledare rekryterade på basis av sina yrkesmeriter, medan det idag behöver ställas andra krav på ledaren i vården, inte minst den sociala kompetensen. En direktör betonar verkligen svårigheten i att bedöma en sökande som verksamhetschef på begränsad tid – den sociala kompetensen hos den sökande blir avgörande.

### **Ledarskap och arbetsmiljö**

Både genom förintervjuerna och genom intervjuerna med direktörerna framhålls ledarskapets betydelse för arbetsmiljön. Framförallt framhålls engagemang, kommunikation och delaktighet. Ett gott ledarskap ger bra arbetsmiljö är budskapet. Är dessa förutsättningar bra är det större förutsättningar att rekrytera medarbetare även vid sämre geografisk belägenhet.



### **Ledarskapsstil**

Direktörerna tillfrågades även om viss ledarskapsstil prioriterades och också om vilka som blir bra ledare. Ledare i klinisk verksamhet bör vara resultatinriktade men en av direktörerna uttrycker att de bör vara genomförare. Det relationsinriktade ledarskapet framhålls främst av två direktörer. En framhåller att det är beroende på var i processen som den enskilda enheten befinner sig. En menar också att den långa erfarenhet från vården som oftast ledaren har ibland blir på bekostnad av analysen. Det kan eventuellt lägga hämsko på förändringsprocesser. Det finns en medvetenhet om ledarskapets betydelse framförallt hos direktörerna som framkommer i intervjuerna. Att vara verksamhetschef för en stor enhet kräver tidigare chefsfarenhet i ett område och samme direktör poängterar att;

”Det är inte bara glädje utan mycket sorger.”

Det framhålls från ett direktionsområde att rekryteringen beror på storleken på arbetsplatsen – här avses vårdcentraler – om flera läkarkolleger finns så är det lättare att rekrytera. Läkare vill ha läkare som chefer framhåller en direktör och en annan framhåller att verksamhetschef med annan än läkarkompetens måste ha läkargruppens stöd. Små enheter har svårare att rekrytera läkare. Hur det förhåller sig med övriga yrkesgrupper framgår inte. Små enheter finns med i studien och det verkar sannolikt att ett gott ledarskap tillsammans med god arbetsmiljö påverkar rekryteringsmöjligheten till stora delar och det gäller inte enbart små enheter som vissa vårdcentraler utan även större kliniker. I samband med dessa frågor tas även läkarens förmåga som ledare upp och samma direktör som ovan poängterar att det är lättare att rekrytera läkare till vårdcentraler där läkare är chefer.

”Däremot är inte läkarna alltid de bästa ledarna  
men bra läkare som chefer då blir det bra”!

### **Stress på olika enheter**

Samtliga verksamhetschefer från primärvården framhåller att detta är en del av vardagen. En vårdenhet utmärker sig genom att aktivt ha startat en grupp med samtliga yrkesprofessioner som ser över hela processen. En vårdenhet menar att den specialisering de har gör det troligt att människor med vissa egenskaper söker sig dit. Arbetet på denna vårdenhet kännetecknas

mer av jäkt än av långvarig stress. I övrigt framkommer mycket samtal och diskussioner om dessa frågor. Arbetsmiljöenkäter eller liknande utgör grund för åtgärder på flera vårdenheter.

## **Stress och copingstrategier hos verksamhetscheferna**

Att kraven på verksamhetscheferna är stora och mångfaldiga till sin natur inser direktörerna. Att balansera olika intressen från medarbetare är störst men kraven från ledningsnivå finns där även om dessa inte betonas så starkt från direktionens nivå. Ekonomi är ett allmänt bekymmer menar en av direktörerna vilket egentligen är lite snedvridet då professionalism borde ställa större krav. Det stora problemet är egentligen bristen på medarbetare framhåller samme direktör.

Vid frågan av vilka som är de tre mest stressiga situationerna för verksamhetscheferna så finns sju olika svar som första punkt; massmedia, oklara mål i landstinget, konflikten mellan att vara ledare och läkare, tidsbrist, för lite ekonomiska resurser, konflikthantering och medarbetare som motarbetare. Balansen mellan att vara ledare och läkare finns som punkt nummer två hos två verksamhetschefer.

Av de tre mest positiva skälen i att vara verksamhetschef framkommer som nummer ett; en uppger att lyckas med organisationen, två att kunna påverka, en tycker lönen, två uppger bekräftelsen från medarbetarna och en framgången för enheten.

Partnern är viktig och det är framförallt som samtalspartner för flertalet av verksamhetscheferna men det instrumentella stödet framhålls av kvinnlig verksamhetschef. Sex av sju verksamhetschefer uppger att fysisk aktivitet är viktigt för dem. Det gäller från ren motion till trädgårdsarbete.

”Jag ser till att vara lika trött i kroppen som i knoppen.”

Samtal med kollegerna i ledningsgruppen eller motsvarande framhålls som en viktig strategi för tre av verksamhetscheferna.

## **Kvalitetskontroll**

Strukturerna för att mäta medicinsk kvalitet är begränsad men tre av fyra direktörer framhåller de nationella kvalitetsregistren där vissa jämförelser kan göras. Avvikelseberapporteringssystem är etablerat på samtliga vårdenheter. Temperaturmätningar på medarbetarnas arbetsmiljö görs på samtliga vårdenheter och vårdenheterna VC5, VC6 och SJH3 har alla tre bland de högsta värdena inom sina respektive områden, enligt respektive direktör. Övriga vårdenheter diskuteras inte vad avser resultaten på temperaturmätningar. Ledningsstil mäts genom tre index varav ett mäter kundinriktat ledarskap. Detta innebär kvalitativa mått på verksamheten (se bilaga 6).

## **Kontakter med ledning och externa organ**

För två vårdenheter finns beställarnämnd som består av brukarrepresentanter och vårdenhet 6 framhåller att denna kontakt haft betydelse för deras framgång. De politiska kontakterna är begränsade men har i enstaka fall haft stor betydelse. En medveten satsning på marknadsföring har fått gehör från politikerhåll som stött verksamheten, framhålls från SJH1. En annan vårdenhet talar om ”lobbying” men också att det finns en tydlighet i organisationen vilket förhållningssätt som ska gälla mot politikerna för en gemensam strategi.

Kontakterna med landstingsledningen är begränsade. Sex av sju har framförallt kontakt med sin närmaste chef – primärvårdsdirektör, sjukhusdirektör eller områdesdirektör som representerar landstingsledningen. Dessa kontakter bedöms av samtliga verksamhetschefer som mycket goda. Kontakter med övrig landstingsledning är begränsad men varierande i olika landsting och mellan olika verksamheter. Som en verksamhetschef uttrycker är den formella vägen korrekt, annars ”risk att det blir total anarki i beslutsprocesserna.” En av vårdenheterna har fått gott gehör för verksamhetsutveckling direkt av landstingsledningen och kontakterna i detta fall bedöms mycket goda.

## **Samarbete och samverkan**

### **Samarbete slutenvård/primärvård**

Samarbetet mellan primärvård och slutenvård är begränsad. Tre av fyra direktörer menar att det finns en statuskillnad mellan slutenvård och primärvård, där primärvården har lägre status. Det leder till konkurrens och ett par av direktörerna framhåller att det leder till rekryteringssvårigheter. Det kan vara orsakat genom att slutenvård och primärvård tillhör olika organisationer enligt en direktör. En primärvårdsenhet har dock gott samarbete med en privat specialistgrupp som finns i närheten. På större orter finns större anonymitet och samarbetet mellan primärvård och slutenvård blir då annorlunda. Annan samverkan är reglerad i samverkansavtal och möten sker med lite olika frekvens på de olika vårdenheter.

### **Samarbete inom vårdenheter**

En vårdenheter har regelbundna arbetsluncher med olika arbetsgrupper och ett par vårdenheter betonar vikten av att ha gott om tid på allmänna personalmöten, inte minst för övriga frågor.

### **Samarbete för direktörerna**

Samarbetsklimatet i landstingsledningen där direktörerna är med bedöms som mycket god av de fyra direktörerna. Samarbetet med verksamhetscheferna är mycket olika i de skattade bedömningarna. Av direktörerna skattas samarbetet med verksamhetscheferna på vårdenheter VC6, VC7 och SJH3 bäst.

## **Möteteknik**

Flertalet möten protokollförs på samtliga vårdenheter. Flera poängterar vikten av att få alla att tala och en mindre vårdenheter låter frågorna gå aktivt till alla. Det ökar sannolikt känslan av delaktighet och kan vara en bra strategi där så är möjligt. Ytterligare ett par vårdenheter poängterar vikten av att få de tystlåtna delaktiga. Förberedelserna inför mötena verkar vara likvärdiga. Det finns några nedskrivna punkter inför mötet men det är också beroende av vad för slags möte det gäller. Information och förankring av beslut sker i stort efter att alla yrkesgrupper kunnat göra sina röster hörda. Två verksamhetschefer talar mer om information av frågor än om allas delaktighet.

## **Primärvård / slutenvård**

Från verksamhetschefer inom slutenvård finns uppfattningen att primärvården inte sköter sitt uppdrag och det råder en konkurrens – bristen på specialister i allmän medicin gör att det är praktiskt ogenomförbart att sköta sitt uppdrag. Inom åtminstone ett område finns klart definierat vilken arbetsfördelning som ska råda mellan primärvård och sjukhus enligt verksamhetschefer i slutenvården. Det finns en konkurrens mellan primärvård och sjukhusvård som kan bero på att de tillhör olika organisationer och den tros vara mest uttalad inom läkarled enligt en direktörs utsaga. Inom ett annat område framhålls att det finns en konkurrens om resurserna men här är uppfattningen att innevånarna prioriterar primärvård.

”Medborgarna vill ha primärvård.”

Den dåliga dialogen mellan primärvård och slutenvård stressar primärvården menar en av direktörerna. Det råder en konkurrens mellan olika vårdgivare vilket tydligt framkommer för några vårdenheter. De ökade krav som ålagts primärvården från omgivningen leder till hög belastning och vissa anser att det brister i dialogen om resurser och åtgärder. Inom ett annat område finns uppfattningen att den professionella konkurrensen är tämligen obefintlig och att det finns god samverkan och gemensamma vårdprogram för primärvård och slutenvård. Däremot cirkulerar nidsbilder mellan olika vårdgivare om varandra. Men som en av direktörerna framhåller så påverkar denna konkurrens och det dåliga samarbetet rekryteringen främst av läkare till primärvården. En av direktörerna menar att det är bristen på ekonomiska resurser som skapat polariseringen mellan primärvård och slutenvård. I de områden där vårdenheter VC6, VC7 och SJH3 är verksamma bedöms dock samarbetet vara mycket gott, enligt direktörerna.

## **Genus**

De två kvinnor som är verksamhetschefer framhåller kvinnors högre empatiska förmåga. En av dem framhåller att det finns starkt etablerade könsrollsmönster inom vården och att män får mera service. Den andra har inte haft några problem med att ha varit kvinnlig chef. Övriga fem manliga verksamhetschefer tycker att det finns skillnader och flertalet framhåller de kommunikativa egenskaperna – kvinnor diskuterar mer och kvinnor är mer inblandade i konflikter. En manlig och två kvinnliga verksamhetschefer framhåller att kvinnor fastnar mer i detaljer. Tre manliga och en kvinnlig verksamhetschef menar att det måste vara lättare att

vara manlig chef. En manlig chef framhåller kvinnors och mäns olika personligheter där kvinnor skulle ha en mer vårdande profil än män. Olika personligheter mellan män och kvinnor i vården är bakgrunden till att män blir chefer, anser denne.

Att det råder en manlig organisationsstruktur håller fyra av sju verksamhetschefer med om. En kvinnlig verksamhetschef menar att man förändras som chef. Språket blir annorlunda och huruvida detta är manligt eller har med chefsrollen att göra, låter hon vara osagt.

Vad tycker direktörerna om genusfrågan? En av direktörerna menar att ojämlikheten vad avser chefsbefattningar mest är historiskt betingat och att många män har haft sin position under många år. Detta tros bli utjämnat med allt fler kvinnliga läkare. I samma område är endast 1/3 av verksamhetscheferna inom primärvården kvinnor. En direktör i detta område framhåller att kvinnliga chefer är mer seriösa och har ett mer holistiskt synsätt än sina manliga kolleger.

I ett landsting är det fler kvinnliga direktörer än män. I området från detta landsting ser inte direktören någon skillnad i hur män och kvinnor kommer till beslut. Däremot kan män och kvinnor se olika på saker och ting. Kvinnor har en större kompetens att parera känsliga situationer. De arbetar medvetet i detta område med att besluten ska ta sin tid. En längre beslutstid räknar man med skapar större delaktighet. Genusperspektivet menar samme direktör är viktigt för ledarskapet. Ett krångligare sätt att komma till beslut tycker fjärde direktören att kvinnor har, men menar att det fungerar bra. Samtliga fyra direktörer bejakar att det finns jämställdhetsprogram.

## **Myers Briggs Type Indicator**

### **Inledning**

MBTI bygger på Jungs teorier om psykologiska typer (Myers och McCaulley 1985). Varje skala representerar två motsatta preferenser det vil säga grundläggande inställningar hos individen som får konsekvenser i beteendet. De motsatta preferenserna utesluter inte varandra utan de används vid olika tillfällen. En av dessa är dock mer dominant. Ingen kombination av preferenser är bättre eller sämre utan visar på skillnader.

Extroversion (E) och introversion (I) är motsatspar och beskriver attityden till omvärlden eller hur man riktar sin uppmärksamhet. Den extroverte stimuleras av sin omgivning och den introverte stimuleras av egna tankar och reflektioner. En mycket extrovert individ upplever omgivningen för att förstå den och är handlingsinriktad. Den introverte vill förstå omvärlden innan de upplever den och tänker först och handlar sen. Den extroverte har sin dominanta funktion riktad utåt medan den introverte har sin dominanta funktion riktad inåt.

Sinnesförmimelse (S) kontra intuition (I) beskriver hur information inhämtas. Ett starkt S (høgt värde) innebär ett sinne för realiteter. Detaljer och fakta är viktigt och individer med starkt S är praktiker. Den starkt intuitive ser samband och möjligheter även bortom det som inte är praktiskt givet. Den intuitive har stark fantasi.

Motsatsparen T (tanke) och F (känsla) beskriver hur beslut fattas. Individer med starkt T är analytiska och förutsäger logiska konsekvenser. Beslut fattas på logik och objektiva överväganden även om obehagliga fakta råder. Individer med dominerande F tycker om människor och har god inlevelseförmåga. Bedömningar och beslut riskerar bli subjektiva. Beslut grundas på individuella värdesystem.

Attityder till omvärlden och hur den hanteras blir synligt i livsstilen. Ett starkt utvecklat J (bedömning) innebär struktur och organisation. Beslut grundas på viss information och ärenden avslutas. Den perceptive (P) föredrar mer flexibilitet och spontanitet. Beslut grundas mer på förståelse än kontroll.

	Sinnesförmimelse		Intuition	
	Tanke	Känsla	Känsla	Tanke
Introversion Bedömning	<u>ISTJ</u> 1	<u>ISFJ</u> 3	<u>INFJ</u> 1 (1)	<u>INTJ</u>
Introversion Perception	<u>ISTP</u>	<u>ISFP</u> 1	<u>INFP</u> 3 (1)	<u>INTP</u>
Extraversion Perception	<u>ESTP</u>	<u>ESFP</u> 2	<u>ENFP</u> 3 (3)	<u>ENTP</u>
Extraversion Bedömning	<u>ESTJ</u> 1 (1)	<u>ESFJ</u> 9 (1)	<u>ENFJ</u> 2	<u>ENTJ</u>

**Tabell 10.** MBTI fördelning.

Inom parentes visas hur många av uppgivet antal som är verksamhetschefer. 18 är enhetschefer och 1 är i ledningsgrupp utan personalansvar. Den dominanta funktionen är understruken.

Som synes befinner sig endast 2 chefer utanför de två mellersta kolumnerna (Tabell 10). En av dessa är enhetschef och har en inåtvänd profil där S=sinnesförmimelse är dominant funktion. Endast en av 26 chefer faller utanför ramen. Den personen har utpräglad starkt T och är tydligt introvert. Två med preferensen ISFJ balanserar mellan att vara introverta och extroverta och skulle lätt kunna hamna i preferensen ESFJ. Den andre som inte befinner sig i de två mellersta kolumnerna är en verksamhetschef som är utåtriktad och har T=tanke som dominant funktion. Här är inte T särskilt stark utan ligger mycket nära F. Det innebär att den dominant funktionen balancerar mellan F=känsla och T=Tanke. En mindre skillnad i svaren skulle göra att den personen hamnade i ESFJ i stället. Således befinner sig flertalet i de två mellersta kolumnerna. Det innebär att de har F=känsla med i sin kombination. Däremot är inte F=känsla den dominant funktionen för alla dessa.

Av de fyra chefer som får bäst medelvärden i medarbetarbedömningarna och är fullbemannade är 1 ESTJ och 3 ENFP. ENFP har som sin dominant funktion intuition.

Den extroverte med intuition som dominant funktion är en som har många idéer och ser möjligheter. De är också snabba i sin associativa förmåga. En individ som är introvert och har intuition som dominant funktion har sin styrka i abstrakta resonemang och tänker över möjligheterna. T som dominant funktion hos den extroverte innebär oftast en förmåga att lösa problem och nå uppsatta mål. Extroverta individer med F som dominant funktion har sin styrka i medvetenheten om andra människors behov. Den introverte med F som dominant funktion kan te sig reserverad. De är inte så intresserade av yttre regler utan styrs mycket av inre värderingar. I likhet med den extroverte som har F=känsla som dominant funktion är de relationsinriktade. Den extroverte med S=sinnesförmimelse som dominant funktion har sin styrka i att uppfatta det som finns här och nu och noterar alla detaljer. Den inåtvände med S=sinnesförmimelse som dominant funktion har sin styrka i att arbeta med rutiner som utvecklas successivt. Kontinuitet och grupptillhörighet är viktigt.

<b>Extrovert/introvert</b>	max poäng 25	<b>E</b>	<b>I</b>
Medelvärde		15,5	9,2
95 % konfidensintervall		13,5-17,4	7,4-11,0
Min		8	1
Max		24	16
<b>Sinnesförmimelse/Intuition</b>	max poäng 19	<b>S</b>	<b>N</b>
Medelvärde		10,7	8,1
95 % konfidensintervall		9,0-12,4	6,3-9,9
Min		4	0
Max		18	15
<b>Tanke/Känsla</b>	max poäng 24	<b>T</b>	<b>F</b>
Medelvärde		8,7	15,2
95 % konfidensintervall		7,3-10,0	13,9-16,5
Min		2	7
Max		17	22
<b>Bedömning/Perception</b>	max poäng 19	<b>J</b>	<b>P</b>
Medelvärde		11,1	7,9
95 % konfidensintervall		9,6-12,6	6,4-9,4
Min		4	0
Max		19	15

**Tabell 11.** MBTI -Medelvärden och konfidensintervall för respektive motsatspar.

Maxpoäng anger den totala poängsumman för ett motsatspar. Som exempel är medelvärdet för E=extroverta 15,5 vilket innebär att antalet extroverta över väger I=introverta som har medelvärde 9,2 i denna studie. Likaså överväger antalet S=sinnesförmimelse, F=känsla och J=bedömning i denna studie.



## DISKUSSION

### Hälsa

Sömnkvaliteten mättes med samma fråga i en stor undersökning omfattande 668 yrkesarbetande deltagare. Mycket bra sömnkvalitet bedömde 26,8 % i denna studie mot 24,7 i Gallupundersökningen (2003). Ganska bra sömnkvalitet uppgav 45,2% i denna studie mot 39,5 i Gallupundersökningen. Sömnkvaliteten är således något bättre hos deltagarna i denna studie.

### Sjukfrånvaro

Den arbetsrelaterade ohälsan är stor med i genomsnitt 15 dagar per anställd och år för män och 26,6 dagar för kvinnor under år 2002. Ökningen har varit stor under senare år och den är störst för kvinnor. Kvinnor i offentlig sektor har högsta ohälsotalen (Fölster 2003). Sjukfrånvaron är lägre hos privata vårdgivare. Antalet sjukdagar i denna studie varierar på olika vårdenheter. Högre medelvärden förklaras av kronisk sjukdom som höjer medelvärdena avsevärt och blir tydligast på små enheter. Det är svårt att bedöma den arbetsrelaterade ohälsan. Vid kortare sjukfrånvaron kan orsakerna vara okända. Korttidsfrånvaro utan läkarintyg kan dölja de egentliga orsakerna (Kivimäki et al. 2000). Flera av vårdenheterna är också lokaliserade i områden där det både är svårt att rekrytera medarbetare och där det är socialt tunga områden. Detta tycks inte inverka på ohälsotalen. Det finns andra stressorer som också inverkar på sjukfrånvaron. En av dem är downsizing och det är sannolikt att flera av vårdenheterna mer eller mindre varit med om detta. Med så pass hög medelålder på medarbetarna som vårdenheterna i denna studie uppvisar kan ohälsotalen förväntas vara högre. Downsizing är en stressor som medför större ohälsorisk på arbetsplatser med äldre arbetskraft (Kivimäki et al. 2000). Vårdenhet SJH3 har mycket låg sjukfrånvaro och även vårdenheterna SJH2 samt VC4 har låg sjukfrånvaro.

## Demokrati i vården

Konflikter och meningsskiljaktigheter är vanligt förekommande på arbetsplatser. I ett multinationellt skogsindustrieföretag där fem länder ingick, löstes meningsskiljaktigheter i Sverige genom diskussion av 68 %, jämfört med 79 % i denna studie (diagram 7 och 8). Genom att chefen använder sin ställning angav 18,3 % som konfliktlösningsmetod i det multinationella företaget, mot 6,4 % i denna studie och genom att inte alls lösa problemen angav 13,8 % mot 9,9 % i denna studie. Vårdsektorn förefaller vara mer demokratisk än privata näringslivet (Oxenstierna et al. manuskript).

## Krav-kontroll och Job Invasion

Att kraven skulle vara höga för cheferna i vården är inte oväntat. Chefer upplever högre psykologiska krav än andra medarbetare, vilket visat sig i flera studier (Karasek och Theorell 1990, Bernin och Theorell 2001). Vad som är anmärkningsvärt i denna studie är att medarbetare generellt upplever lika höga krav som cheferna och att de uppger lika höga krav som chefer i privata näringslivet (Bernin och Theorell 2001). Vid närmare analys gäller detta framförallt de vårdenheter som rapporterade de högsta kraven. Det finns flera faktorer som kan bidra till lägre krav – såsom mer tid för diskussion och planering, hög grad av demokrati och hög möteskvalitet. Dessa faktorer kan ses som en del av ett gott ledarskap. En effekt av en god möteskvalitet kan bli att de slipper bekymra sig om arbetet på sin fritid vilket ger låga medelvärden på ”Job Invasion”. De sjukhusbundna vårdenheterna uppger högre krav än primärvårdsenheterna. Vårdenhet VC4 är undantag. VC6 uppger även höga psykologiska krav. Höga krav behöver inte alltid och enbart vara negativt. Laschinger et al. (2001) har funnit att sjuksköterskor med höga krav känner större tillhörighet till organisationen. Hög kontroll som består av stimulans och påverkansmöjlighet dämpar och modifierar effekterna av höga krav. Höga krav och låg kontroll är en riskfaktor för stress och ohälsa (Karasek och Theorell 1990). Stimulansen är högst på vårdenheterna VC6 och SJH3.

Påverkansmöjligheten är större inom alla fyra primärvårdsenheter än på de sjukhusbundna vårdenheterna. Vårdenhet SJH3 rapporterar inte bara högre stimulans utan även högre påverkansmöjlighet än vårdenheterna SJH1 och SJH2.

Det är troligt att det mindre antalet anställda som oftast gäller inom en primärvårdsenhet lättare möjliggör ökad påverkansmöjlighet. Vårdenhet VC6 har höga krav men de medieras till viss del av både hög stimulans och hög påverkansmöjlighet. Flera indikatorer på vårdenhet VC6 pekar på gott medarbetarskap – högst värden får verksamhetschefen i medarbetarbedömningarna, de har 100 % demokrati, de har bäst möteskvalitet och de har ett aktivt utarbetat program för stress på arbetsplatsen. Detta tyder på mycket hög social kompetens vilket verifieras i tidigare bedömningar och genom intervjuerna. Medarbetarna på alla fyra primärvårdsenheterna rapporterar lika hög påverkansmöjlighet som chefer i privata näringslivet (Bernin och Theorell 2001). Generellt sett har däremot cheferna i denna studie högre stimulans och högre påverkansmöjlighet än sina medarbetare. De höga kraven som gäller både för chefer och för medarbetare balanseras för cheferna med högre kontroll, vilket det inte gör för medarbetarna i samma utsträckning.

Att vara invaderad av jobb innebär svårigheter att släppa tankarna på arbetet och att koppla av på fritiden. Det anses vara en riskfaktor för ohälsa (Bernin 2002). Det finns ingen klar korrelation med höga krav och inte heller med stimulans. Ingen skillnad uppmättes mellan chefer och medarbetare. Att hälsan skulle vara bättre på fullbemannade vårdenheter kan inte bekräftas. Inte heller bedömer medarbetarna att organisationen skulle fungera bättre på fullbemannade än icke fullbemannade vårdenheter utifrån krav, stimulans, påverkansmöjlighet och Job Invasion.

## **Genus**

Könsrollsuppfattningar är historiskt betingade och oftast är principerna för manliga och kvinnliga könsroller motsatta (Thylefors 2000). Thylefors redogör för egenskaper som utgör manliga respektive kvinnliga attribut som tidigt lär oss dessa föreställningar. Redan Levi-Strauss (1944) framhöll att dessa föreställningar inte bara är motsatta utan också hierarkiska. Uppfattningarna om att det troligen är lättare att vara manlig chef kan bero på de tidigt inlärd föreställningarna. Dessa föreställningar påverkar förväntningarna på chefsrollen. I intervjuerna i denna studie framkommer olika attityder till kvinnligt och manligt chefskap. Tylefors (2000) framhåller i sin genomgång av forskningslitteraturen att det snarast är föreställningarna om chefsrollen än det faktiska handlandet som påverkar attityderna. För att vara framgångsrik kvinnlig chef skulle detta kräva en acceptans eller ett besittande av

traditionellt manliga egenskaper. Traditionellt manliga egenskaper tillskrivs framgångsrika kvinnliga chefer enligt Schein (1975).

I Sverige finns höga kvinnliga chefer framförallt inom offentlig sektor vilket kan ha att göra med inriktningen på verksamheter (Tollgerdt-Andersson 1995, SCB 2000) i Tollgerdt-Anderssons tolkning. Det medför att vården har sina speciella attribut kopplade till vad en framgångsrik chef är eller skall vara. Sundin (1997) fann att kvinnor och män inom en organisation hade uppfattningen att män hade mer auktoritet. Hon fann även att män hade uppfattningen att kvinnor hade låg självkänsla och att kvinnor hade svårigheter att kombinera yrkesrollen med familjrollen. Den organisation som undersöktes var kvinnodominerad precis som vårdsektorn.

Genom medarbetarintervjuer konstaterade även Blom (1998) att kvinnliga och manliga chefer tillskrevs olika egenskaper. Kvinnor är mer kommunikativa anser många i intervjuerna. Eagly och Johnson (1990) fann i en genomgång av publicerade forskningsresultat inom området att kvinnliga chefer var mer relationsinriktade. Om detta rollmönster har utvecklats hos kvinnor så kan den efterfrågade sociala kompetensen gynna kvinnor som chefer. Blom (1998) redogör för hur könsstereotyper skapar olika förväntningar och påverkar möjligheterna till ett framgångsrikt ledarskap. Om kvinnors holistiska synsätt är en realitet så finns risk att detta ökar kraven på kvinnor (Bernin 1995/1996). Kvinnor i chefsposition framhåller instrumentellt stöd av partnern (Bernin 1995/1996) och det kan vara en könsskillnad genom att män tar det mer praktiska stödet i hemmet för givet.

Om kvinnor är mer inblandade i konflikter eller om det är en föreställning kan inte verifieras. Kvinnors sätt att hantera konflikter skiljer sig från mäns och det gäller både populationen och chefer. Kvinnor har mer dold coping som innebär att de efter konflikter på arbetsplatsen tar med sig problemen hem i stället för att lösa dem omedelbart (Stockholmsundersökningen 1991, Theorell och Härenstam 2000, Bernin et al. 2003).

Det är viktigt att vara uppmärksam på vad som är könsstereotyper i vården för att inte hindra utvecklingen av ledarskapet. Vad betyder det att leda en organisation som till så stor omfattning är bemannad av kvinnor är en fråga som måste ställas. Vad betyder det vidare att flertalet enhetschefer är kvinnor i en organisation där de överordnade till stor del är män. Det är väsentligt att beakta genusperspektivet även på dessa nivåer i organisationerna och att

sprida kunskaper om genusperspektivet för att utveckla ledarskapet och dess möjlighet att utveckla medarbetarskapet.

I denna studie är verksamhetscheferna på vårdenhet 6 och 7 kvinnor. De tillhör vårdenheter med mycket goda resultat varför kan fastslås att de inte är mindre framgångsrika.

## **Ledarskap och organisation**

### **Ledarskapet**

Ledarskapsutbildningar genomförs numera i stor utsträckning både av verksamhetschefer och på läkarutbildningen. Mer utbildning i strategisk ledning har efterfrågats av chefer i vården (Östergren och Sahlin-Andersson 1998). För att fungera väl som chef måste det finnas en acceptans och bekräftelse från medarbetarna (Westin 2002).

Genom att tydliggöra och lyfta fram ledarskapet även på enhetschefsnivå kan ledarskapet komma att förändras. Om vi bortser från vårdcentraler framkommer att enhetscheferna på vårdenhet SJH1 och SJH3 får bäst omdömen av sina medarbetare. Båda vårdenheterna arbetar efter nya idéer och organisationsmodeller. Att få en total bedömning av ledarskapet på vårdenhet SJH3 är inte möjlig då endast en enhet från ett större område med flera kliniker ingår i denna studie.

Verksamhetschefer inom vården är framförallt läkare (Westin 2002) vilket även gäller sjukhusdirektörer. I denna studie har såväl verksamhetschef som sjukhusdirektör för vårdenhet SJH3 annan yrkesbakgrund. Thylefors (1991) påtalar att heteronoma chefer ibland rekryteras för att nå en neutralitet. Detta är ett strategiskt synsätt att nå förändring.

Den sammanlagda bedömningen av samtliga chefer på vårdenhet SJH1 är mycket bra vilket leder till slutsatsen att ledarskapet är mycket gott. Det är inte heller samma förhållanden på en stor klinik med flera enhetschefer och flerdubbelt hög medarbetarstab som på en vårdcentral, varför jämförelser i medarbetarbedömningar mellan vårdcentraler och sjukhus måste ske med försiktighet.

Det kan även fastställas att olika enheter inom vårdenheterna inte bara bedömer sina närmaste chefer olika utan bedömningarna av verksamhetschefen skiljer sig även. Vissa enheter har sannolikt närmare direkt kontakt med verksamhetschefen och bedömningarna blir annorlunda. Att vara närvarande och synlig som ledare för att ge support ser medarbetarna som en av de främsta uppgifterna (Kira 2003). På större vårdenheter blir enhetschefernas roll än viktigare att lyfta fram för att nå ut med visioner, mål, tydlighet och delaktighet till medarbetarna. Den genomsnittligt goda bedömningen av enhetscheferna på vårdenhet 1 bekräftar sannolikt det ökade inflytande som enhetscheferna där uppnått. Kira (2003) redogör för hur organisationsstrukturen kan se ut på ett sjukhus och att oftast rollerna är oklara. Det är förkastligt att låta enhetschefer känna sig så utlämnade att de inte upplever support ovanifrån och dessutom inte anser sig ha tid med medarbetarna så som Kira (2003) funnit.

## **Ledarskapsstil**

I denna studie omfattar verktyget för bedömningar av ledarna effektiva ledare med stor social kompetens, målmedvetna ledare såväl som visionärer. Frågor som att ledarna påverkar genom övertalning eller övertygelse, ledarna bevakar att arbetsuppgifter blir utförda, ledarna är formella och håller sig till reglerna eller om de är särskilt förtjusta i förändringar föll inte väl ut i de statistiska analyserna och uteslöts. Det innebär att de inte var lämpliga i sitt sammanhang.

Tollgerd-Andersson (1995) har en kort sammanställning av olika ledarskapsteorier och redogör för den svaga empirin som ligger bakom teorierna. Chefer som talar om hur arbetsuppgifterna ska utföras inverkade negativt på prestation och arbetstillfredsställelse i en studie av Alexander et al. (1989). Däremot påverkade chefer som var mycket informativa och förklarade bakgrunden till beslut, arbetsprestation och arbetstillfredsställelse hos medarbetarna på ett positivt sätt.

En öppen kommunikation med medarbetarna ingår även i medarbetarbedömningarna av sina ledare varför bra medelvärden har samband med hög social kompetens och förmåga att kommunicera viktiga frågor. Den komplexitet som ett ledarskap innefattar kan teoretiskt sammanfattas under interaktionsteorierna och Tollgerdt-Andersson (1995) beskriver sambanden mellan medarbetare och ledare sett i en mer omfattande context där såväl organisationskultur som arbetsinnehåll, kompetens och personlighet ingår. Den engagerade,

kommunikative och den som gör medarbetarna delaktiga stämmer väl överens med Tollgerdt-Anderssons processbeskrivning av ledarskapet.

Som tidigare betonats är enhetscheferna viktiga – deras roll i ledarskapet är ovärderlig men som Kira (2003) fann är deras legitimitet ofta svag på klinisknivå. Kira betonar även att de generellt har dålig support uppifrån. I denna studie betonas verkligen enhetschefernas roll på flera vårdenheter och dessa når även höga värden på medarbetarbedömningarna.

Med tanke på medarbetarnas frustration över bristen på resurser som framkommit är detta viktigt – bättre information kan leda till ökade prestationer medan bristen på information kanhända skapar oro. Inflytandet i organisationen är något som kan öka med flera avdelningsmöten som också visat sig ha effekt på hälsoparametrar (Theorell 2003).

Tollgerdt-Andersson (1995) belyser även attityder och värderingarnas effekt på trivsel och lönsamhet. Gemensamma värderingar skapar lojalitet med organisationen. Värderingarna är även viktiga för intresset att göra karriär inom organisationen. Det kan vara en faktor av stor betydelse för att behålla duktiga medarbetare. I denna studie framkommer att speciellt det område där vårdenheter VC6 och VC7 ingår bedömer och arbetar aktivt med värderingar.

## **Professionernas logik**

### **Administration eller ledning**

Konflikten mellan att vara professionell i sin yrkesroll och att vara ledare har även tidigare beskrivits för läkare, av Östergren och Sahlin-Andersson (1998). Östergren och Sahlin har även funnit att ledarskap inte används vid sitt rätta namn utan benämns administration vilket även lyfts fram i denna studie. Det är sannolikt att rollen är svårare på större vårdenheter än på mindre vårdenheter.

Vårdsystemet bygger till stora delar på de olika professionernas förhållandevis välreglerade arbetsuppgifter. Arbetsuppgifterna rör sig inte över yrkesgränserna vilket gör delegeringar av lednings- och administrativa uppgifter svår (Östergren och Sahlin-Andersson 1998). I en studie på Norrtälje sjukhus konstaterades att enhetscheferna har svårt att delegera arbetsuppgifter vilket påverkar deras arbetstyngd (Kira 2003). Den stora skillnad som framkommer i bedömningen av enhetschefer i denna studie kan vara ett utslag för dessa

organisatoriska hinder. Troligen är det också olika svårt att delegera beroende av inriktning på enheten. Att ge enhetschefer större legitimitet genom att låta dessa vara med i ledningsgruppen för vårdenheten vilket var fallet på flera vårdenheter i denna studie torde möjliggöra en förändring med avseende på delegering och andra organisatoriska frågor. Oftast är enhetscheferna sjuksköterskor och kvinnor samt är rekryterade från den grupp som de nu är ledare för. Detta gör arbetsuppgiften svårare (Kira 2003). I uppgiften att leda ingår att stötta och handleda medarbetarna. Samma svårighet gäller troligen för läkaren som ledare. Läkargruppen har stor autonomi i sin yrkesroll vilket ger litet utrymme för att styras med regler och direktiv (Östergren och Sahlin-Andersson 1998). I denna autonomi menade Tylefors (1991) att acceptans hos kollegerna för läkare var viktigare än acceptans hos chefen. Det senare måste påverka ledarskapet i högsta grad.

### **Rollen kräver bred kompetens**

Östergren och Sahlin-Andersson (1998) menar även att olika principer styr vården under olika tider. Förr styrde den medicinska professionella logiken, vilken avlöstes av den politiskt demokratiska logiken och nu gäller den administrativa logiken. Detta förändrar rollen som ledare – idag gäller inte den medicinska auktoriteten. Ledaregenskaper som ”förändringsinriktad”, ”kreativ” och ”socialt kompetent” är egenskaper som framhålls (Östergren och Sahlin-Andersson 1998). Det är i stort sett samma egenskaper som framhålls såväl i förintervjuer såväl som intervjuer med direktörer –man vill se resultat, en ledare ska vara drivande och relationsinriktad, vara engagerad, skapa delaktighet och vara kommunikativ. Därutöver krävs administrativ kompetens för att kunna bedriva kostnadseffektiv vård.

Dessa egenskaper bör betraktas som önskvärda egenskaper och dessa egenskaper eller förmågor finns hos flertalet verksamhetschefer i denna studie, i mer eller mindre omfattning. Men hur drivs förändringar gentemot en profession där den professionelles kompetens kännetecknas av autonomi och där ledarskapet inte har full legitimitet?

Hög social kompetens möjliggör också till öppna kontakter utanför den egna vårdenheten. En god marknadsföring kan leda till positivt gensvar från politiker, allmänhet, landstingsledning vilket får positiva återverkningar i verksamheten. Självförtroendet på vårdenheten växer och verksamheten utvecklas positivt. Om man varit delaktig i rekryteringen är det sannolikt positivt för det framtida stödet och samarbetet. Många har fastslagit att man gärna rekryterar



någon som är lik en själv – män rekryterar män (Tollgerdt-Andersson 1995). Även höga kvinnliga chefer rekryterar någon som man har god kontakt med (Bernin 1995/96).

### **Framgångsrikt ledarskap**

Hypotesen att fullbemannade vårdenheter har bättre ledarskap besannas inte om ledarskapet betraktas som en process där såväl organisatoriska som personliga kvalifikationer ingår. Däremot måste frågan om det finns ett specifikt ledarskap på de fullbemannade vårdenheterna besvaras jakande. Medarbetarnas bedömning stämmer överens med den uppfattning som förmedlats från ledningshåll.

Ett framgångsrikt ledarskap är en idealkaraktär i sin specifika organisationskultur. I denna studie måste alla ledare betraktas som framgångsrika. Olika förändringsprocesser som varit speciellt uttalade på vårdenhet 1 och 5 påverkar också utfallet. Resultaten kan endast betraktas som sanna vid en specifik tidpunkt. Att arbeta efter specifika värderingar och tydliga mål torde var enklare på en mindre vårdenhet. Därav följer att ett par primärvårdsenheter utmärkt sig i denna studie. Speciellt har vårdenhet 6 (VC6) mycket framgångsrika resultat.

Det vore orättvist att inte se ledarskapet i sig som en framgångsfaktor. Däremot är ett starkt stöd från ledningsnivå ett måste. Förmågan att skapa delaktighet och ha en öppen kommunikation bidrar starkt till ett gott medarbetarskap och då nås en hög kvalitet igenom hela ledningsprocessen. I hela den ledarskapsprocess som Tollgerdt-Andersson (1995) beskriver är samspelet mellan ledare och medarbetare ett måste. Men kultur, klimat, organisation, arbetsinnehåll, arbetssätt, kompetens, ansvar och personlighet är faktorer som tillhör ledarskapsprocessen. Den processen är specifik i varje organisationskultur och är en del av organisationskulturen som ledare och medarbetare tillsammans skapar.

### **MBTI**

Generellt sett är det vanligare att ledare är extroverta (Myers and McCulley 1985, Fitzgerald och Kirby 1997). Det dominerande antalet av ledare i denna studie är extroverta. Det behöver inte betyda att de inåtvända ledarna är tystlåtna och oåtkomliga. Är man medveten om sina

preferenser så har man också lättare att förbättra sina svagare sidor. Samma gäller för alla olika preferenser men instrumentet är framförallt användbart i utvecklingen av arbetsgrupper och inte minst för att öka självkännedom. I en studie av 252 chefer fann Short och Grasha (1995) att introverta var känsligare för social stress. De fann inga könsskillnader på någon dimension av MBTI vid undersökning av stress och copingstrategier. I denna studie har tre av fyra verksamhetschefer med högsta medarbetarbedömningar samma preferensprofil – ENFP - som kännetecknas av entreprenörsanda och föränderlighet. Det kan vara preferenser som är framgångsfaktorer i de arbetsförhållanden som för närvarande råder inom vården.

## **Ekonomi**

Administrationn kan ses som en del av organisationskulturen eller den logik som till stora delar styr vården enligt Östergren och Sahlin-Andersson (1998). Hur ekonomin kommuniceras hör klart till organisationskulturen och ledarskapet. Flertalet verksamhetschefer och direktörer uppger att resurserna är otillräckliga. Denna obalans menar Westin (2002) skapar den största frustrationen för verksamhetscheferna.

Kostnadsbesparingar har en längre tid varit legio och nya kostnadsbesparingar är aktuella för flera av vårdenheterna i studien. Att hela tiden arbeta under detta tryck påverkar kulturen på arbetsplatsen. En av verksamhetscheferna betonar att medarbetarna inte ska behöva bekymra sig om ekonomin. Att inte se något slut på de nära kontinuerliga nedskärningarna i vården leder till maktlöshet då det inte finns kanaler för att påverka detta (Burke och Greenglass 2000). En oro för ekonomin som leder till osäkerhet inför framtiden och där medarbetarna inte kan påverka förhållandena kan vara en bidragande orsak till de höga kraven som medarbetarna rapporterar. De psykologiska kontrakten som finns mellan arbetsgivare och medarbetare är troligen förändrade, vilket kan leda till cynism och att man helt enkelt inte litar på ledningen (O'Neill och Lenn 1995).

## **Logistiken slutenvård/primärvård**

Det brister i samarbete och kommunikation mellan primärvård och slutenvård. Det som skulle vara ett kommunicerande kärll konkurrerar och nidbilder florerar. Att tillhöra olika organisationer och ändå tillhöra samma ledning kan vara en orsaksfaktor som en av direktörerna framhåller.

## SLUTORD

Den första hypotesen bekräftas i studien åtminstone för verksamhetschefer. Fullbemannade vårdenheter har framgångsrika ledare. Medarbetarnas bedömning av sina verksamhetschefer överensstämmer väl med ledningens uppfattning om framgångsrika ledare. Däremot finns inga tydliga samband mellan framgångsrika ledare och god arbetsmiljö och hälsa hos medarbetarna. Det krävs ett holistiskt synsätt på ledarskapet där alla aktörer och processer i organisationen inkluderas.

Tydligare visioner och mål förutsätter ökade och bättre kontakter med landstingsledning och avnämare. Det finns en osäkerhet i uppdraget där det råder obalans mellan uppdrag och resurser vilket behöver kommuniceras. God support från landstingsledningen är en förutsättning för en framgångsrik ledarskapsprocess i vården.

Läkargruppens tydliga konflikt i sin roll mellan ledare och läkare måste lösas. Ledningsuppgifter måste nå högre status och legitimitet.

Sett utifrån ledarskapet som en process räcker inte detta. Att skapa en organisation med delaktighet och medarbetarskap kräver mer. Det engagerade, kommunikativa och delaktighetsskapande ledarskapet som ett ideal kan vara lättare att få igenom på en mindre vårdenhet men behöver få större genomslagskraft. Bidragande faktorer till detta är det relationsinriktade ledarskapet som arbetar mot hög kvalitet och driver verksamheten framåt.

Ledare med förmåga att sätta sig in i andra människors sätt att se på saker kan vara en egenskap som är nödvändig inom vården. Preferenser med stark betoning av F=känsla innebär en relationsorientering. Intuitiva egenskaper kan vara viktiga under de förutsättningar som för närvarande råder inom vårdsektorn men behöver belysas i fler studier.

Hela ledarskapet måste betraktas och i dessa fall är enhetscheferna en lika viktig faktor för framgångarna som verksamhetscheferna. Att ge enhetschefer större legitimitet och låta dem ingå i ledningsgrupp kan vara en framgångsfaktor.

Den sociala kompetensen är oerhört viktig i hela ledningen men för ett gott medarbetarskap krävs ett klimat som ger samtliga möjlighet till delaktighet och öppen kommunikation – en förutsättning för ett tillvaratagande av den sociala kompetensen. En hög social kompetens ger större möjligheter till externa kontakter som krävs i en modern organisation med allt större kompetens hos avnämare.

Påverkansmöjligheten är mycket god inom primärvårdsenheterna och de uppnår lika höga värden som chefer i privata näringslivet. För medarbetare i stort inom vården är kraven för höga och dessa kompenseras inte tillräckligt av hög stimulans och påverkansmöjlighet.

God självinsikt är en bra förutsättning för ett lyckat ledarskap. Myers Briggs Inventory Test bedöms vara ett användbart instrument för att öka självkännedom hos såväl ledare som medarbetare.

Ett direkt samband med hälsa och sjukdom har inte kunnat påvisas i denna studie – men ett samband med hälsofrämjande faktorer mätt i organisatoriska faktorer kan konstateras genom stimulans, påverkansmöjlighet, möteskvalitet, demokrati och en engagerad ledning.

Ett mer direkt samband behöver fastställas genom interventionsstudie där ledarskapet som en process utvecklas inom en hel eller flera vårdenheter och där hälsoutfallet fastställs genom upprepade mätningar av upplevelser och blodanalyser.

Dåligt samarbete och konkurrens mellan primärvård och slutenvård gynnar inte ett framgångsrikt ledarskap.

Kravet på social kompetens måste ställas på alla nivåer i organisationen. Ett utökat och bättre samarbete mellan alla nivåer i organisationen och med externa aktörer kräver hög social kompetens och mognadsgrad.

Genusfrågan är inte närmare analyserad i denna studie och det är oklart vilken betydelse det har för såväl kvinnliga som manliga chefer och inte minst för medarbetarna. Det finns ett behov av forskning inom vården där genusperspektivet är framträdande för att man skall förstå betydelsen av detta för ett framgångsrikt ledarskap i vården.

## REFERENSER

- Abrahamsson, B., Andersen, J. A. (1996). Organisation - att beskriva och förstå organisationer. Malmö, Liber-Hermods.
- Aldwin, C. M. (1994). Stress, Coping, and Development. An integrative perspective. New York, The Guilford Press.
- ALG (2001). Ett hållbart arbetsliv för läkare. En handlingsplan utgiven av Arbetslivsgruppen. Sveriges Läkarförbund.
- Arbetsmiljöverket. (2001). Läkare., Statistikenheten.
- Arnetz, B. (2001). "Psychosocial challenges facing physicians of today." Social Science & Medicine. 52: 203-213.
- Bernin, P. (1995/96). Ledarskap och hälsa hos kvinnor i hög chefsbefattning. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Bernin, P. (2002). Managers´working conditions-stress and health. Department of Public Health Science. Stockholm, Karolinska Institutet.
- Bernin, P., Theorell, T. (2001). "Demand-control-support among female and male managers in eight swedish companies." Stress and Health 17: 231-243.
- Bernin, P., Theorell, T., Cooper, C.L., Sparks, K., Spector, P., Radhakrishnan, P., Russinova, V. (2003). "Coping Strategies among Swedish Female and Male Managers in an International Context." International Journal of Stress Management.(10(4)): 376-391.
- Blom, A., P. (1998). Chefsliv. Landstingschefer ur ett genusperspektiv. Stockholm, Landstingsförbundet.
- Bowen M, L. K. J., Young B E. (2000). "Nursing and health care reform: implications for curriculum development." J Nurs Educ(39(1)): 27-33.
- Burke, R. J., Greenglass, Esther R. (2000). Organizational Restructuring: Identifying Effective Hospital Downsizing Processes., Blackwell.
- Costello, K. (1993). "The Myers-Briggs type indicator--a management tool." Nurs Manage 24(5): 46-7, 50-1.
- Cottrell, S. (2001). "Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment." J Psychiatr Ment Health Nurs.(8(2)): 157-64.
- DS2001:28 (2001). Långsiktig verksamhetsutveckling ur ett arbetsmiljöperspektiv., Näringsdepartementet.
- Eagly, A. H., and Johnson, B.T. (1990). "Gender and leadership style: A meta-analysis." Psychological Bulletin 108(2): 233-256.
- Fassel D, M. J., Monroy M (2000). *Improving organizational effectiveness through integration of core values. Healthy and productive work. An international perspective*. C. C. L. Murphy L R. London, Taylor & Francis.
- Fölster, S., Hallström, O., Morin, A., and Renstig, M. (2003). Den sjuka vården. En granskning av hur sjukvårdens resurser används. Falun, Ekerlids Förlag.
- Gallupundersökningen. (2003). Så sover svensken. Sömndagen 2003 - en bok om sömn. Bromma., Sanofi-synthelabo.

- Guldvog, B. (1997). "How do working conditions of hospital personnel affect patients?" Nord Med(112(7)): 246-51.
- Hertting, A., Theorell, T (2002). "Physiological Changes Associated with Downsizing of Personnel and Reorganisation in the Health Care Sector." Psychotherapy and Psychosomatics. 71: 117-122.
- Hofstede, G. (1994 (1991)). Cultures and Organizations. Software of the Mind. Intercultural Cooperation and its Importance for Survival. London, HarperCollins Business.
- Karasek, R. (1979). "Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign." Administrative Science Quarterly. 24: 285-307.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. US, Basic Books.
- Kira, M. (2003). From Good Work to Sustainable Development. Department of Industrial Economics and Management. Stockholm, Royal Institute of Technology.
- Kivimäki Mika, V. J., Griffiths Amanda, Cox Tom, and Thomson Louise (2000). Sickness Absence and Organizational Downsizing. The Organization in Crisis. B. R. J. a. C. C. L., Blackwell.
- Landstingsförbundet. (1999). Landstingens personal våren 1999. Stockholm.
- Landstingsförbundet. (2000). Statistik från landstingsförbundet, avdelningen för hälso- och sjukvårdspolitik.s. Stockholm.
- Laschinger H K, F. J., Shamian J, Almost J. (2001). "Testing Karasek's Demands-Control Model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life." J Nurs Adm(31(5)): 233-43.
- Levi-Strauss, C. (1944). "Reciprocity and hierarchy." American anthropologist N.S. 46.
- Löök J, A. B. (2000). "Impact of management Change and Intervention Program on Health Care Personnel." Psychotherapy and Psychosomatics. 69.
- Mangino, M. (2000). "The aging employee. Impact on occupational health." AAOHN J 48(7): 358-9.
- Myers Briggs, I., McCaulley, Mary H. (1985). Manual: A guide to the Development and Use of the Myers-Briggs Type Indicator. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- O'Neill H M, a. L. J. (1995). "Voices of survivors: words that downsizing CEOs should hear." Academy of Management Executive 9.
- Oxenstierna, G., Hyde, M., Theorell, T., Pakkin, K., Kalimo, R., Jäppinen, P. (manuscript). "Conflict resolution and health of employees: Results from an employee survey of five countries in an international forest products company."
- Pettersson, I.-L. (1997). Health care in transition-threat or opportunity? Psychosocial work quality and health for staff and organisation. Department of Public Health Science. Stockholm, Karolinska Institutet.
- SACO Sacorapport (2001). "Höga krav och lite stöd. En beskrivning av chefers arbetsvillkor."
- SACO Sacorapport (2001). "Lönande att leda? En beskrivning av chefers arbettsvillkor."
- SACO Sacorapport (2001). "Möjligt att leda? En beskrivning av chefers arbetsvillkor."
- Sainfort F, K. B. T., Booske B C, Smith M J. (2001). "Applying quality improvement principles to achieve healthy work organizations." Jt Comm J Qual Improv(27899): 469-83.

- SCB. (2000). "Women and men in Sweden." Statistics, Sweden.
- Schein, E. H. (1992). Organizational culture and leadership. San Francisco, Jossey-Bass.
- Schein, V. (1975). "Relationships between sex role stereotypes and requisite management characteristics among female managers." Journal of Applied Psychology 60(3): 340-344.
- Stockholm MUSIC Study (1991). Stockholmsundersökningen 1. Data från en tvärsnittundersökning av ergonomisk och psykosocial exponering samt sjuklighet och funktion i rörelseorganen. Stockholm, MUSIC Books 1991.
- Sundin, E. (1997). Det typiska ledarskapet. Ledare, makt och kön. A. Nyberg, Sundin, E., SOU 1997:135.
- Tavantzis, T. N., C. J. Krasnick, et al. (1994). "Introducing teamwork in physician groups: a case study." Med Group Manage J 41(2): 62, 64-7, 80.
- Theorell, T. (2003). Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Bollnäs, Statens folkhälsoinstitut.
- Theorell, T., Emdad, R, Arnetz, B, Weingarten, A-M. (2001). "Employee Effects of an Educational Program for Managers at an Insurance Company." Psychosomatic Medicine. 63: 724-733.
- Theorell, T., Härenstam, A. (2000). Influence of Gender on Cardiovascular Disease. Handbook of Gender, Culture, and Health. R. M. Eisler, Hersen, M. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Ass.
- Thylefors, I. (1991(2000)). Ledarskap i vård, omsorg och utbildning. Stockholm: Natur och kultur.
- Tollgerdt-Andersson, I. (1990). Framgång eller motgång? En utmanande analys av svenskt ledarskap. Malmö, Liber.
- Tollgerdt-Andersson, I. (1995). Chef i landsting. Ledarskap i politiskt styrda organisationer. Halmstad, Landstingsförbundet.
- Triandis H, C. (1995). Individualism & Collectivism., Westview Press.
- Weinberg A, C. F. (2000). "Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff." Lancet (12;355(9203)): 533-7.
- Westin, J. (2002). Läkaren som chef och ledare. Fakta, råd och uppmuntran till läkaren i rollen som chef. Lund, Studentlitteratur.
- Wetterberg, G. (2001). Sacorapport 1. Höga krav och lite stöd. En beskrivning av chefers arbetsvillkor., SACO.
- Östergren, K., and Sahlin-Andersson, Kerstin. (1998). Att hantera skilda världare. Stockholm, Landstingsförbundet.

# BILAGOR

## Bilaga 1



IPM · Institutet för Psykosocial Medicin

---

INTERVJUGUIDE VERKSAMHETSCHEFER

Semistrukturerad

030506

### LEDARSKAPET

1. Hur blev du rekryterad
2. Hur viktig är den personliga utvecklingen för dig för dig?
3. Vem blir en bra ledare?
4. Är du en bra ledare?
5. Informella ledare?
6. Mentor eller annat socialt stöd?
7. Finns en ledarskapspolicy i verksamheten?

### COPING

1. Egna copingstrategier?

### ORGANISATION

1. Samverkan med andra chefer
2. Ekonomiska förutsättningarna?

Råder balans mellan uppdrag /resurser?

Råder balans mellan resurser / ambition

Finns tillräckligt med stödpersonal?

3. Hur är uppdraget definierat?
4. Kontakt med beställarnämnd
5. Kontakterna med landstingsledningen?
6. Politiska kontakter



7. **Samverkan –delaktighet hos ledare**
8. **Kunskap om vilka lagar som regl. Arb.platsen**
9. **Kvalitetskontroll**

#### **HANTERING PERSONAL- OCH ARBETSMILJÖFRÅGOR**

1. **MÅL för verksamheten**
2. **MÅL för medarbetarna**
3. **Möten och information**
4. **Mötesteknik**
5. **Hur förbereder du dig inför möten med personalen?**
6. **Hur gör du för att informera/förankra beslut?**
7. **Medarbetarnas betydelse**
8. **Stress hos personalen**

#### **GENUS**

1. **Chef över kvinnor och män –skillnader?**
2. **Kvinnor och män – olikheter som chefer?**
3. **Mest manliga förebilder för verksamhetschefer – manlig struktur**

## Bilaga 2



IPM · Institutet för Psykosocial Medicin

---

### FRÅGEGUIDE

Semistrukturerad

030506

### SJUKHUSDIREKTÖRER/PRIMÄRVÅRSDIREKTÖR eller motsvarande

#### Mått på framgång

Framgångsrika verksamhetschefer – vad är de duktiga på?

Ange max 5 framgångsfaktorer

Hur mäts den medicinska kvaliteten?

Finns mått på medarbetarnas arbetsmiljö och trivsel?

Hur ser det ut för respektive enhet i projektet?

Hur används de ekonomiska resurserna effektivt?

Är enheterna kostnadsmedvetna?

Använder enheterna resurserna effektivt?

Råder balans mellan uppdraget och resurserna?

Definieras uppdraget lika till alla verksamhetschefer?

Hur är uppdraget definierat för enheterna i studien?

Vad ska prioriteras?

Ge pat. bästa vård	1
Bra arbetsmiljö	2
Nå upp till målen	3
Att hålla budgeten	4
Annat, i så fall vad?	5

#### Visioner och mål

Finns en övergripande vision för samtliga kliniker/enheter?

Finns övergripande MÅL för respektive klinik/enhet i forskningsprojektet?

Hur förs visioner och mål ut till ledare/medarbetare?

#### Samarbete – relationer

Finns det ett nära/bra samarbete med ledningen i landstinget?

Hur sker informationsutbyte mellan landstingsledning och dig?

Hur sker informationsutbyte mellan klinikchefer/övriga medarbetare och dig?

#### Framgångsfaktorer - orsaker

Fullbemannade kliniker/enheter – vad är orsaken? Referera till enheterna i projektet och generellt.

Ange de 3 viktigaste – med max 3 ord

Låg sjukfrånvaro – vad är orsaken?

Hög sjukfrånvaro – vad är orsaken? Ange de 3 viktigaste – med max 3 ord

Ange de 3 viktigaste – med max 3 ord

”Definiera” effektivitetsmätt/produktivitetsmätt – framgångsfaktor?

I jämförelse med andra kliniker/enheter – hur ser nyckeltalen ut (personal /effektivitet)?

### **Rekrytering**

Hur är respektive ledare (i forskningsprojektet) tillsatta?

Vad är de 3 viktigaste skälen till tillsättandet för respektive chef (i studien)?

### **Synen på ledarskap**

Finns en ledarskapspolicy?

Prioriteras viss ledarskapsstil?

I så fall hur/vad kännetecknar den?

Definiera med max 5 karakteristika

Vem blir en bra ledare?

Några nyckelegenskaper hos en framgångsrik ledare?

Definiera max 5 nyckelegenskaper

Är ledarna i denna studie framgångsrika? Hur?

Finns det informella ledare på enheterna som ingår i studierna?

Vad/vilka är de största kraven på ledarna? (eventuella stressfaktorer)

### **Genus**

Det är färre kvinnliga chefer som verksamhetschefer/klinikchefer - varför?

Finns skillnader i manligt / kvinnligt chefskap?

Definiera max 5 skillnader

Finns något åtgärdsprogram för genusfrågor i verksamheten?

### **Verksamhetsutveckling**

Kvalitetsutveckling och kvalitetsutmärkelser är alltmer förekommande. Här kan ingå både medarbetares och patienters syn på verksamheten samt även ledarskapsbedömning.

Finns sådant/sådana program/mätinstrument hos er?

Vad har framkommit för respektive enhet (i forskningsprojektet)?

## Bilaga 3



IPM · Institutet för Psykosocial Medicin

---

INTERVJUGUIDE VERKSAMHETSCHEFER

Strukturerad

030506

1. Ange de 3 främsta orsakerna till att just denna klinik/enhet har/inte har/haft bemanningsproblem?

2. Hur ser sjukfrånvaron ut?

Antal dagar per år och anställd?

Är orsakerna till sjukfrånvaron identifierade?

### LEDARSKAPET

1. Hade du klart för dig vad chefskapet innebar när du började tjänsten?

1 Stämde helt överens med min uppfattning

2 Stämde ganska bra med min uppfattning

3 Stämde inte så bra med min uppfattning

4 Stämde inte alls med min uppfattning

2. Var/är uppdraget klart definierat?

3. Fanns befattningsbeskrivning?

4. I valet att bli chef – vad var viktigt?

Beskriv med max 3 ord de 4 främsta övervägandena?

5. Vad kännetecknar ett gott ledarskap.

Ange 5 nyckelegenskaper för en bra ledare.

6. Uppdraget.

Hur prioriterar du

Ge pat. bästa vård 1

Bra arbetsmiljö 2

Nå upp till målen 3

Hålla budget 4

Annat –vad?

7. Vilka lösningar ska prioriteras?

Bäst för pat?

Bäst för personalen?

För karriären?

Annat?

### EGEN STRESS OCH HÄLSA

1. Vad är de 3 mest stressiga uppgifterna/situationerna i att vara chef?

2. Vad är belöningen/ positivt?

Ange de 3 mest positiva skälen att vara chef.

## Bilaga 4

# Enkät om - Hälsa och ledarskap i vården

### A. Frågor om dig och ditt arbete

Enhet/sjukhus/vårdcentral: .....

Avdelning eller motsvarande: .....

1. Kön      Kvinna                    Man             

2. Din ålder     

### 3. MINA ARBETSUPPGIFTER

Läkarsekreterare                    Sjuksköterska                
Labor.assistent                    Läkare                
Undersköterska                    Annat               Vad? .....

4. Har du tjänst som överordnad/chef Ja                            Nej             

*Om du svarat Nej ovan kan du gå direkt till fråga 6 nederst på denna sida!.*

### 5. Vilken tjänst innehar du idag?

Verksamhetschef                    Avd.chef/omr.chef        
Avd.förest.                            Annan               Vad? .....

### 6. TJÄNSTGÖRINGSTID

Jag har arbetat på samma arbetsplats i antal år                    eller i antal månader

## B. Hälsa och trivsel

### Sjukfrånvaro

Sätt kryss i den ruta som stämmer bäst med din uppfattning.

a) I allmänhet, hur skulle du vilja säga att din hälsa är?

Utmärkt	Mycket god	God	Någorlunda	Dålig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Jämfört med för ett år sedan, hur skulle du bedöma ditt allmänna tillstånd nu?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sätt kryss i den ruta som stämmer bäst med din uppfattning.

c) Hur många tillfällen har du sammanlagt varit hemma från arbetet på grund av egen sjukdom under de senaste 12 månaderna?

Ingen gång	En gång	2-5 gånger	Mer än 5 gånger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat ingen gång ovan, gå vidare till avsnitt II Sömn nedan.

d) Om du svarat en gång eller mer på fråga c; hur många gånger av dessa bedömer du vara orsakade av arbetet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### Sömn

Sätt kryss i den ruta som stämmer bäst med din uppfattning.

a) Hur bedömer du på det hela taget din sömnkvalitet?

Mycket bra	Ganska bra	Varken bra eller dålig	Ganska dålig	Mycket dålig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sätt kryss i den ruta som stämmer bäst med din uppfattning.

b) Har du under senaste de 6 månaderna haft känning av följande besvär - ej utsövd vid uppvaknandet?

Aldrig	Sällan	Ibland	För det mesta	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Känslor i samband med arbete

Nedan följer 16 påståenden om känslor som kan uppstå i samband med arbete. Läs igenom varje påstående och tänk efter om du har känt så om ditt arbete.

Sätt kryss i den ruta som bäst stämmer med din uppfattning.	Aldrig	Några ggr per år eller mindre	Någon gång per månad	Några ggr per månad	Någon gång per vecka	Några ggr per vecka	Varje dag
a) Jag känner mig känslomässigt tömd av arbetet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Jag känner mig helt slut efter en hel arbetsdag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag känner mig trött när jag går upp på morgonen för att möta en ny arbetsdag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Att arbeta en hel dag känns verkligen påfrestande för mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jag kan på ett effektivt sätt lösa de problem som uppstår i mitt arbete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jag känner mig utbränd av mitt arbete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Det känns som om jag bidrar på ett positivt sätt till den organisation jag arbetar i.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jag har blivit mindre intresserad av mitt arbete sedan jag började detta jobb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Jag har blivit mindre engagerad av mitt arbete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Enligt min egen åsikt gör jag ett bra jobb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Jag känner mig upprymd då jag åstadkommit något i arbetet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Jag har utfört många värdefulla saker i mitt arbete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Jag vill bara sköta mitt arbete och inte bli störd av annat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Jag har blivit mer tveksam om värdet av mitt arbete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Jag betvivlar att mitt arbete betyder något.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Jag är säker på att jag är effektiv och får saker och ting gjorda på jobbet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C. Frågor om arbetet

### I. Rollförväntningar

<i>Sätt kryss i den ruta som bäst stämmer bäst med din uppfattning.</i>	Mycket sällan eller aldrig	Ganska sällan	Ibland	Ganska ofta	Mycket ofta eller alltid
a) Finns det klart definierade mål för ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vet du vilket ansvarsområde du har?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vet du precis vad som krävs av dig i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Måste du utföra saker som du tycker skulle göras annorlunda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Får du arbetsuppgifter utan att få de resurser som behövs för att utföra dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ställs det oförenliga krav på dig från två eller flera personer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Innefattar ditt arbete arbetsuppgifter som är i konflikt med dina personliga värderingar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### II. Krav-kontroll

<i>Sätt kryss i den ruta som bäst stämmer med din uppfattning.</i>	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
a) Kräver ditt arbete att du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kräver ditt arbete att du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kräver ditt arbete en för stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Förekommer det motstridiga krav i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Får du lära dig nya saker i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Kräver ditt arbete skicklighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Kräver ditt arbete påhittighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Innebär ditt arbete att man gör samma saker om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Har du frihet att bestämma hur ditt arbete ska utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Har du frihet att bestämma vad som ska utföras i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### III. Tankarna på jobbet

Vilka av följande påståenden stämmer på dig? Ange ett alternativ för varje fråga.

	Stämmer helt	Stämmer nästan	Stämmer knappast	Stämmer inte alls
a) Det händer mig ofta att jag redan då jag vaknar börjar tänka på arbetsproblem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) När jag kommer hem kan jag lätt koppla av från arbetet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jag bli aldrig kvitt arbetet, även på kvällarna tänker jag på det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Om jag tvingas skjuta på en uppgift som borde vara klar till nästa dag så kan jag inte sova på natten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IV. Kommunikation

#### A. Feedback

1. Jag får veta när arbetet går bra lika väl som när det går dåligt

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig	Ej aktuellt
<i>Sätt kryss i den ruta som bäst stämmer med din uppfattning.</i>					
a) Av arbetskamrater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Av överordnade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Av underordnade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Av patienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### B. Möten, information och planering

*Sätt kryss i den ruta som bäst stämmer med din uppfattning.*

	Oftast	Ibland	Sällan	Inte alls
a) Våra möten är meningsfulla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Informationen är klagörande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Det finns kanaler för att ventilera och diskutera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har du tid att planera dina arbetsuppgifter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### C. Meningsskiljaktigheter

1. Hur löser man i huvudsak meningsskiljaktigheter på din arbetsplats?

	Stämmer bäst med min uppfattning
<i>Markera med kryss ett av dessa tre alternativ.</i>	
1. Genom att diskutera och förhandla.	<input type="checkbox"/>
2. Genom att använda sig av sin ställning, prestige eller order.	<input type="checkbox"/>
3. Man försöker inte lösa dem alls.	<input type="checkbox"/>

## D. Arbetsledning och ledarskap

I. Vad tycker du att arbetsledningen förmedlar till de anställda som viktigt för att verksamheten skall fungera bra?

<i>Sätt kryss i den ruta som bäst stämmer med din uppfattning.</i>	Inte så viktigt	Ganska viktigt	Mycket viktigt
a) Att vi tar itu med de problem som uppstår i arbetet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Att det är lugnt och konfliktfritt på arbetsplatsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Att det är ordning och reda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Att det finns arbetsglädje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Att sammanhållningen och stämningen bland personalen är god.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Att vi litar på varann / att vi gör vårt bästa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Att verksamheten är lönsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Att vi håller nere kostnader så mycket som möjligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Att arbetet flyter utan större avbrott.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Att vi är flexibla och kan anpassa oss till nya förutsättningar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Att vi har hög kvalitet i det vi gör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Att vi hela tiden förbättrar och utvecklar verksamheten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Att arbetsplatsen har gott rykte utåt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Att arbetet utförs så att patienterna blir nöjda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II. Här följer frågor om din verksamhetschef, (klinikef, primärvårdschef, områdeschef).

**OBS. Verksamhetschefer besvarar frågorna för sjukhusdirektör/primärvårdsdirektör eller motsvarande.**

Markera den siffra som du tycker stämmer bäst med din uppfattning om din chef.

Stämmer  
bäst/alltid

Stämmer  
sämst/aldrig

Min chef ...

1) ... uttrycker sig rakt och tydligt.	1	2	3	4	5	6	7
2) ... är lätt att samarbeta med.	1	2	3	4	5	6	7
3) ... ser till att vi utför de uppgifter vi är ålagda.	1	2	3	4	5	6	7
4) ... är konsekvent och rättvis.	1	2	3	4	5	6	7
5) ... skapar god stämning.	1	2	3	4	5	6	7
6) ... skapar inte onödigt stress hos andra.	1	2	3	4	5	6	7
7) ... involverar medarbetarna i övergripande frågor.	1	2	3	4	5	6	7
8) ... gillar förändring.	1	2	3	4	5	6	7
9) ... är flexibel.	1	2	3	4	5	6	7
10) ... är effektiv.	1	2	3	4	5	6	7
11) ... är målmedveten.	1	2	3	4	5	6	7
12) ... påverkar genom att övertyga.	1	2	3	4	5	6	7
13) ... påverkar genom att övertala.	1	2	3	4	5	6	7
14) ... har god självkänedom.	1	2	3	4	5	6	7
15) ... är bra på att ta folk.	1	2	3	4	5	6	7
16) ... är lättillgänglig och öppen.	1	2	3	4	5	6	7
17) ... är lyhörd.	1	2	3	4	5	6	7
18) ... är tydlig och har lätt att göra sig förstådd.	1	2	3	4	5	6	7
19) ... ger ansvar och handlingsutrymme.	1	2	3	4	5	6	7
20) ... är mån om verksamhetens utveckling.	1	2	3	4	5	6	7
21) ... är mån om medarbetarnas utveckling.	1	2	3	4	5	6	7
22) ... är bra på att ta till vara olika personers kompetenser.	1	2	3	4	5	6	7
23) ... stödjer idéer och förslag.	1	2	3	4	5	6	7
24) ... är engagerad.	1	2	3	4	5	6	7
25) ... skapar framtidstro.	1	2	3	4	5	6	7
26) ... inger förtroende.	1	2	3	4	5	6	7
27) ... har en stark personlighet.	1	2	3	4	5	6	7
28) ... är driftig och för enheten framåt.	1	2	3	4	5	6	7
29) ... hanterar konflikter bra.	1	2	3	4	5	6	7
30) ... håller sig till reglerna.	1	2	3	4	5	6	7
31) ... är formell och korrekt.	1	2	3	4	5	6	7

**III. Här följer frågor om din närmaste chef, avdelningsföreståndare eller motsvarande. Om denna person är densamma som din verksamhetschef, som du besvarat under punkt II, behöver du inte besvara denna sida.**

*Markera den siffra som du tycker stämmer bäst med din uppfattning om din chef.*

Stämmer  
bäst/alltid

Stämmer  
sämst/aldrig

Min chef ...

1) ... uttrycker sig rakt och tydligt.	1	2	3	4	5	6	7
2) ... är lätt att samarbeta med.	1	2	3	4	5	6	7
3) ... ser till att vi utför de uppgifter vi är ålagda.	1	2	3	4	5	6	7
4) ... är konsekvent och rättvis.	1	2	3	4	5	6	7
5) ... skapar god stämning.	1	2	3	4	5	6	7
6) ... skapar inte onödig stress hos andra.	1	2	3	4	5	6	7
7) ... involverar medarbetarna i övergripande frågor.	1	2	3	4	5	6	7
8) ... gillar förändring.	1	2	3	4	5	6	7
9) ... är flexibel.	1	2	3	4	5	6	7
10) ... är effektiv.	1	2	3	4	5	6	7
11) ... är målmedveten.	1	2	3	4	5	6	7
12) ... påverkar genom att övertyga.	1	2	3	4	5	6	7
13) ... påverkar genom att övertala.	1	2	3	4	5	6	7
14) ... har god självkänedom.	1	2	3	4	5	6	7
15) ... är bra på att ta folk.	1	2	3	4	5	6	7
16) ... är lättillgänglig och öppen.	1	2	3	4	5	6	7
17) ... är lyhörd.	1	2	3	4	5	6	7
18) ... är tydlig och har lätt att göra sig förstådd.	1	2	3	4	5	6	7
19) ... ger ansvar och handlingsutrymme.	1	2	3	4	5	6	7
20) ... är mån om verksamhetens utveckling.	1	2	3	4	5	6	7
21) ... är mån om medarbetarnas utveckling.	1	2	3	4	5	6	7
22) ... är bra på att ta till vara olika personers kompetenser.	1	2	3	4	5	6	7
23) ... stödjer idéer och förslag.	1	2	3	4	5	6	7
24) ... är engagerad.	1	2	3	4	5	6	7
25) ... skapar framtidstro.	1	2	3	4	5	6	7
26) ... inger förtroende.	1	2	3	4	5	6	7
27) ... har en stark personlighet.	1	2	3	4	5	6	7
28) ... är driftig och för enheten framåt.	1	2	3	4	5	6	7
29) ... hanterar konflikter bra.	1	2	3	4	5	6	7
30) ... håller sig till reglerna.	1	2	3	4	5	6	7
31) ... är formell och korrekt.	1	2	3	4	5	6	7

***Tack för ditt bidrag till denna undersökning!***

## Bilaga 5

Index verkled, enhled

Medarbetarbedömning av direktör, verksamhetschef och enhetschef

Min chef ...

1. ... uttrycker sig rakt och tydligt.
2. ... är lätt att samarbeta med.
3. ... är konsekvent och rättvis.
4. ... skapar god stämning.
5. ... skapar inte onödig stress hos andra.
6. ... involverar medarbetarna i övergripande frågor.
7. ... är flexibel.
8. ... är effektiv.
9. ... är målmedveten.
10. ... har god självkänedom.
11. ... är bra på att ta folk.
12. ... är lättillgänglig och öppen.
13. ... är lyhörd.
14. ... är tydlig och har lätt att göra sig förstådd.
15. ... är mån om medarbetarnas utveckling.
16. ... är bra på att ta till vara olika personers kompetenser.
17. ... stödjer idéer och förslag.
18. ... är engagerad.
19. ... skapar framtidstro.
20. ... inger förtroende.
21. ... har en stark personlighet.
22. ... är driftig och för enheten framåt.
23. ... hanterar konflikter bra.

## Bilaga 6

### Ineffektivitet:

Möjliga svar är mellan 1 – 7. Ju högre värde desto mer sällan känner man sig nöjd med utfört arbete och att man inte anser sig kunna lösa problem på ett effektivt sätt.

### Ekonomiinriktad arbetsledning:

De 14 frågor som rör arbetsledning och ledarskap är indelade i 3 index – personalinriktad, ekonomiinriktad och kundinriktad arbetsledning så som medarbetarna bedömer att arbetsledningen förmedlar till.

Ju högre värde på ekonomiinriktad arbetsledning desto mer betoning på kostnader, lönsamhet och krav på flexibilitet.

### Personalinriktad arbetsledning:

Ju högre värde på personalinriktad arbetsledning desto mer betoning av stämning, ordning och att inga problem sopas under mattan.

### Kundorienterad arbetsledning:

Ju högre värde på kundorienterad arbetsledning desto mer betoning av kvalitet, utveckling och kundtillfredsställelse.

### Feedback av arbetskamrater:

Ju högre värde på feedback desto oftare ges feedback av arbetskamrater.

### Feedback av överordnade:

Ju högre värde desto oftare feedback från överordnade.

### Tid för planering:

Ju högre värde desto mer tid för planering. 1 = inte alls, 2 = sällan, 3 = Ibland och 4 = oftast. Det framgår att de sjukhusanslutna vårdenheterna uppger något mer tid för planering än vårdcentralerna.

### Tydliga rollförväntningar:

Av de 7 frågor som ställs om rollförväntningar bildas 2 index varav tydliga rollförväntningar är det ena. De frågor som bildade det andra indexet var mer inriktat på mål och tydliga krav och där är ingen signifikant skillnad. Höga värden på detta index innebär att man har uppfattningen att det sällan ställs oförenliga krav eller att det sällan saknas resurser och att arbetsuppgifterna stämmer väl med de egna värderingarna.

### Arbetsrelaterad sjukfrånvaro:

Ju högre värde desto mer arbetsrelaterad frånvaro. Här finns en stor osäkerhet då avsikten var att mäta psyksocial ohälsa men alla nåddes inte av informationen om detta utan har angett även frånvaro t.ex. av smitta på arbetsplatsen. Generellt sett är värdena låga då 1 betyder ingen gång, 2 betyder att arbetsrelaterad frånvaro är en gång, 3 betyder att frånvaron varit 2-5 gånger och 4 att den varit fler än 5 gånger.

Frågor / index	Ingående frågor	
	Antal	
<b>Ineffektivitet (Eff)</b> Ingår i 16 påståenden om ”känslor i samband med arbete” och ingår i Maslach’s utbrändhetsformulär	6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jag kan på ett effektivt sätt lösa de problem som uppstår i mitt arbete</li> <li>2. Det känns som om jag bidrar på ett positivt sätt till den organisation jag arbetar i</li> <li>3. Enligt min åsikt gör jag ett bra jobb</li> <li>4. Jag känner mig upprymd då jag åstadkommit något i arbetet</li> <li>5. Jag har utfört många värdefulla saker i mitt arbete</li> <li>6. Jag är säker på att jag är effektiv och får saker och ting gjorda på jobbet</li> </ol>
<b>Ekonomiinriktad arbetsledning (Ekon)</b>	4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Att verksamheten är lönsam</li> <li>2. Att vi håller nere kostnader så mycket som möjligt</li> <li>3. Arbetet flyter utan större avbrott</li> <li>4. Att vi är flexibla och kan anpassa oss till nya förutsättningar</li> </ol>
<b>Personalinriktad arbetsledning (Pers)</b>	6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Att vi tar itu med de problem som uppstår i arbetet</li> <li>2. Att det är lugnt och konfliktfritt på arbetsplatsen</li> <li>3. Att det är ordning och reda</li> <li>4. Att det finns arbetsglädje</li> <li>5. Att sammanhållningen och stämningen bland personalen är god</li> </ol>
<b>Kundinriktad arbetsledning (Kund)</b>	4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Att vi har hög kvalitet i det vi gör</li> <li>2. Att vi hela tiden förbättrar och utvecklar verksamheten</li> <li>3. Att arbetsplatsen har gott rykte utåt</li> <li>4. Att arbetet utförs så patienterna blir nöjda</li> </ol>
<b>Emo</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>5.</li> </ol>
<b>Feedback av arbetskamrater</b>	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jag får veta när arbetet går bra lika väl som när det går dåligt</li> </ol>
<b>Feedback av överordnade</b>	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jag får veta när arbetet går bra lika väl som när det går dåligt</li> </ol>
<b>Tid för planering</b>	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har du tid att planera dina arbetsuppgifter?</li> </ol>
<b>Tydliga rollförväntningar (Rolltydl)</b>	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finns det klart definierade mål för ditt arbete?</li> <li>2. Vet du vilket ansvarsområde du har?</li> <li>3. Vet du precis vad som krävs av dig i arbetet?</li> </ol>
<b>Arbetsrelaterad sjukfrånvaro</b> (avsåg när man svarat att man varit frånvarande mer än en gång från arbetet under senaste 12 mån)	1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hur många gånger av dessa bedömer du vara orsakade av arbetet?</li> </ol>
<b>Verkled, enhled</b>	23	Se bilaga 5

<b>Psykologiska krav</b>	5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kräver ditt arbete att du arbetar mycket fort?</li> <li>2. Kräver ditt arbete att du arbetar mycket hårt?</li> <li>3. Kräver ditt arbete en för stor arbetsinsats?</li> <li>4. Har du tillräckligt med tid för att hinna med arbetsuppgifterna?</li> </ol>
<b>Stimulans</b>	4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Får du lära dig nya saker i ditt arbete?</li> <li>2. Kräver ditt arbete skicklighet?</li> <li>3. Kräver ditt arbete påhittighet?</li> <li>4. Innebär ditt arbete att man gör samma saker om och om igen?</li> </ol>
<b>Påverkansmöjlighet</b>	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har du frihet att bestämma hur ditt arbete ska utföras?</li> <li>2. Har du frihet att bestämma vad som ska utföras i ditt arbete?</li> </ol>
<b>Job Invasion</b>	4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Det händer mig ofta att jag redan då jag vaknar börjar tänka på arbetsproblem.</li> <li>2. När jag kommer hem kan jag lätt koppla av från arbetet.</li> <li>3. Jag blir aldrig kvitt arbetet, även på kvällarna tänker jag på det.</li> <li>4. Om jag tvingas skjuta på en uppgift som borde vara klar till nästa dag så kan jag inte sova på natten.</li> </ol>
<b>Möteskvalitet</b>	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Våra möten är meningsfulla</li> <li>2. Informationen är klagörande.</li> </ol>





## Stressforskningsrapporter 2003-2013

- 325 *Tucker P, Bejerot E, Kecklund G, Aronsson G & Åkerstedt T (2013)* Doctors' work hours in Sweden: Their impact on sleep, health, work-family balance, patient care and thoughts about work.
- 324 *Åkerstedt T, Ingre M, Kecklund G (2012)* Vad kännetecknar bra och dåliga skiftscheman?
- 323 *Lowden A, Åkerstedt T (2012)* Ljus i kontrollrummet vid Forsmark 3 anpassat till skiftschema för optimering av synergonomi, vakenhet och återhämtning.
- 322 *Kecklund G, Ingre M, Åkerstedt T (2010)* Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning.
- 321 *Kinsten A, Magnusson Hanson L, Hyde M, Oxenstierna G, Westerlund H, Theorell T (2007)* SLOSH – Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health: a nationally representative psychosocial survey of the Swedish working population.
- 320 *Oxenstierna G, Widmark M, Finnholm K, Elofsson S (2008)* Psykosociala faktorer i dagens arbetsliv och hur man mäter och beskriver dem.
- 319 *Kecklund G, Eriksen CA, Åkerstedt T (2006)* Hälsa, arbetstider och säkerhet inom polisen.
- 318 *Thulin Skantze E (2006)* Organisationsstrukturens betydelse för de anställdas hälsa. En explorativ studie baserad på fokusgruppsintervjuer bland chefer.
- 317 *Söndergaard HP (2006)* Hälsoeffekter av rån och övriga traumatiska händelser bland handelsanställda. Delstudie I och II.
- 316 *Holmén-Isaksson M (2005)* Rehabilitering. En förhandling mellan individer och organisationer.
- 315 *Widmark M (2005)* Det nya arbetslivet. En explorativ studie som jämför två dominerande psykosociala arbetsmiljömodeller med aktuell arbetsmiljöproblematik i organisationsförhållanden.
- 314 *Hasselhorn HM, Theorell T, Hammar N, Alfredsson L, Westerholm P and the WOLF Study Group (2004)* Occupational health care team ratings and self reports of demands and decision latitude – results from the Swedish WOLF Study.
- 313 *Bernin P, Theorell T (2004)* Mönster för framgångsrikt ledarskap i vården.
- 312 *Söderström M, Jeding K, Ekstedt M, Kecklund G, Åkerstedt T (2003)* Arbetsmiljö, stress och utbrändhet inom ett företag i IT-branschen.
- 311 *Hansen Egon (2003)* Stress, Stream of Affect, Emotions, and Background Variables: Exploratory Experiment with Poetry Reading II.
- 310 *Pernler H, Gillberg M (2003)* Sömnvanor och sömnproblem hos barn i förskoleåldern.

## Stressforskningsinstitutet

Stockholms universitet 106 91 Stockholm [www.stressforskning.su.se](http://www.stressforskning.su.se)



Stockholms  
universitet